

MAI 2006

LIGNES DIRECTRICES NATIONALES

LA SANTÉ MENTALE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Évaluation et prise en charge des
problèmes de santé mentale en
établissement de soins de longue durée
(particulièrement les troubles de
l'humeur et du comportement)



COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES
CANADIAN COALITION FOR SENIORS' MENTAL HEALTH

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
a/s Baycrest Centre for Geriatric Care
3560, rue Bathurst, pièce 311, aile ouest du vieil hôpital
Toronto (Ontario)
M6A 3E1
Téléphone : 416 785-2500, poste 6331
Télécopieur : 416 785-2492
fmalach@baycrest.org
www.ccsmh.ca

La Coalition souligne l'appui du
FONDS POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA*
*Les points de vue exprimés ici sont ceux des auteurs et des chercheurs,
et ils ne représentent pas nécessairement la politique officielle de l'Agence de la santé publique du Canada

LA CCSMPA tient à remercier la firme AIRD & BERLIS LLP de ses conseils sur la question du droit d'auteur
et de sa collaboration à la formulation de l'énoncé sur la dénégation de responsabilité.

La Coalition exprime sa gratitude aux sociétés suivantes qui ont offert des subventions éducatives sans restrictions
pour favoriser la **diffusion** des lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée :



AstraZeneca Canada Inc.



Organon Canada Ltd



Eli Lilly and Company



RBC Foundation



Janssen-Ortho Inc.



Institut du vieillissement -
Instituts de recherche en santé du Canada

Dénégation de responsabilité : Le présent document est publié à des fins d'information exclusivement, et il ne saurait être interprété ou utilisé à titre de norme de pratique médicale. Tout a été mis en œuvre pour s'assurer de l'exactitude du contenu du document, néanmoins l'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la réalisation du document déclinent toute responsabilité quant à l'exactitude, l'exhaustivité ou le caractère actuel du contenu. Le document est publié sachant que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à la rédaction, n'y proposent des conseils professionnels. Il incombe aux médecins et aux lecteurs de déterminer la prise en charge clinique appropriée en fonction de chaque patient d'après toutes les données cliniques disponibles à ce sujet. L'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la rédaction du présent document se déga- gent également de toute responsabilité à l'égard de qui que ce soit concernant le contenu ou les conséquences découlant de son utilisation dans le cadre d'une entente contractuelle ou à la suite de négligence ou d'un autre motif d'action.

Préambule

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a été créée en 2002 à la suite du symposium de deux jours sur les problèmes et leurs solutions dans le domaine des services de santé mentale destinés aux aînés en établissements de soins de longue durée, parrainé par l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique. C'est ainsi que les D^{rs} David Conn et Ken Le Clair ont pris l'initiative, à titre de coprésidents de la Coalition, de s'associer à de grands organismes canadiens pour définir la mission et les objectifs de la Coalition. Celle-ci s'est donnée pour mission de *promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources*.

Un comité de direction bénévole chapeaute la Coalition, et veille à la planification stratégique, à la direction des affaires et à l'orientation de l'organisme. Celui-ci est formé d'organisations et de personnes qui représentent les personnes âgées, les familles et les dispensateurs de soins, les professionnels de la santé, les intervenants de première ligne, les chercheurs et les décideurs. La Coalition compte actuellement plus de 750 personnes et 85 organismes membres dans tout le Canada. Ces membres y représentent des organismes locaux, provinciaux, territoriaux ou fédéraux.

But des lignes directrices

Les lignes directrices de pratique clinique sont définies comme étant " des recommandations, élaborées méthodiquement, sur la prise en charge clinique, ayant pour objectif d'éclairer les décisions du praticien et du patient à propos des soins appropriés dans une situation en particulier " (Lohr et Field, 1992).

La Coalition est fière d'avoir favorisé l'élaboration des présentes lignes directrices cliniques. Celles-ci constituent les premières lignes directrices interdisciplinaires d'envergure pan-canadienne sur les pratiques exemplaires au regard de certains aspects de la santé mentale de la personne âgée. Rédigées par une équipe interdisciplinaire, elles s'adressent aux équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé de tout le Canada.

Le but des lignes directrices consiste à améliorer l'évaluation, le traitement, la prise en charge et la prévention de problèmes de santé mentale qui affligent les aînés, en proposant des recommandations fondées sur des données probantes. Ces recommandations ont été établies en fonction des données probantes les plus concluantes, disponibles au moment de la publication, auxquelles s'ajoute le cas échéant l'opinion consensuelle du groupe d'élaboration des lignes directrices.

Remerciements

Le financement du projet des lignes directrices de la CCSMPA provient du Fonds pour la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada. La Coalition exprime toute sa gratitude à l'Agence de la santé publique du Canada pour son soutien et son engagement indéfectibles dans le domaine de la santé mentale des aînés.

De plus, la Coalition tient à remercier sincèrement les codirecteurs et les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices qui n'ont ménagé ni leur temps, ni leurs efforts, pour rédiger les lignes directrices et les recommandations. Tout au long du projet, ces personnes ont fait preuve d'une énergie, d'un enthousiasme, d'une perspicacité, d'une sagesse et d'un dévouement remarquables et inspirants.

La CCSMPA adresse ses remerciements aux participants des ateliers sur les lignes directrices à la *Conférence nationale sur les pratiques exemplaires : mise au point sur la santé mentale des personnes âgées*, qui a eu lieu à Ottawa en septembre 2005, pour leurs observations et leurs conseils.

La Coalition remercie également la firme Aird & Berlis, particulièrement M. Howard Winkler, qui a passé en revue le document dans une perspective juridique et lui a offert des conseils en la matière.

Enfin, la Coalition ne saurait passer sous silence le dévouement sans borne des membres des comités de direction.

Comité de direction du projet des lignes directrices de la CCSMPA

Président.....	D ^r David Conn
Directrice du projet.....	M ^{me} Faith Malach
Gestionnaire du projet.....	M ^{me} Jennifer Mokry
Adjointe du projet.....	M ^{me} Kimberley Wilson
Codirecteur, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en SLD.....	D ^r David Conn
Codirectrice, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en SLD.....	D ^{re} Maggie Gibson
Codirecteur, Évaluation et prise en charge du délirium.....	D ^r David Hogan
Codirectrice, Évaluation et prise en charge du délirium.....	D ^{re} Laura McCabe
Codirectrice, Évaluation et prise en charge de la dépression.....	D ^{re} Diane Buchanan
Codirectrice, Évaluation et prise en charge de la dépression.....	D ^{re} Marie-France Tourigny-Rivard
Codirecteur, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide.....	D ^r Adrian Grek
Codirecteur, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide.....	D ^r Marnin Heisel
Codirectrice, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide.....	D ^{re} Sharon Moore

Comité de direction de la CCSMPA

Académie canadienne de psychiatrie gériatrique.....	D ^r David Conn (coprésident)
Académie canadienne de psychiatrie gériatrique.....	D ^r Ken Le Clair (coprésident)
Société Alzheimer du Canada.....	M. Stephen Rudin
Association canadienne des individus retraités.....	M ^{me} Judy Cutler
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux.....	M ^{me} Marlene Chatterson
Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels.....	M ^{me} Esther Roberts
Société de gériatrie du Canada.....	D ^r David Hogan
Association canadienne des soins de santé.....	M. Allan Bradley
Association canadienne pour la santé mentale.....	M ^{me} Kathryn Youngblut
Association des infirmières et des infirmiers du Canada.....	D ^{re} Sharon Moore
Société canadienne de psychologie.....	D ^{re} Maggie Gibson / D ^{re} Venera Bruto
Association canadienne des pharmaciens consultants.....	D ^{re} Norine Graham Robinson
Collège des médecins de famille du Canada.....	D ^r Chris Frank
Agence de la santé publique du Canada – rôle consultatif.....	D ^{re} Louise Plouffe/ M ^{me} Simone Powell
Directrice générale.....	M ^{me} Faith Malach

Groupe d'élaboration des lignes directrices

D^r David Conn, M.B., B.Ch., B.A.O., FRCPC

Codirecteur

Psychiatre en chef, Baycrest Geriatric Health Care System; professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université de Toronto; coprésident, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; président sortant, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, Toronto (Ontario)

D^{re} Maggie Gibson, Ph.D., C. Psych.,

Codirectrice

Psychologue, Programme des anciens combattants, St. Joseph's Health Care, London; scientifique associée, Institut Lawson de recherche en santé; professeure clinicienne adjointe, Département de psychologie, University of Western Ontario, London (Ontario)

D^r Sid Feldman, médecin, C.C.F.P., F.C.E.P.

Membre

Chef, Département de médecine familiale et communautaire, Baycrest Geriatric Health Care System; professeur adjoint et directeur, Programme des personnes âgées, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto (Ontario)

D^{re} Sandi Hirst, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc. (Ned), Ph.D., GNCI

Membre

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Calgary, Calgary (Alberta)

Sandra Leung, B.Sc.Pharm., FASCP

Membre

Pharmacienne clinicienne, Unité de stabilisation comportementale et Unité de santé mentale, Capital Care Lynnwood, Edmonton (Alberta); pharmacienne conseil, Services de santé communautaire et Services de soins de longue durée, Capital Health, Edmonton (Alberta)

D^{re} Penny MacCourt, MSW, Ph.D.

Membre

Boursière en études postdoctorales, Centre du vieillissement, Université de Victoria (Colombie-Britannique)

Faith Malach, MHSc, MSW, RSW

Directrice du projet

Directrice générale, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; professeure adjointe de pratique, Faculté de travail social, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

D^{re} Kathy McGilton, B.Sc.inf., M.Sc., Ph.D.

Membre

Scientifique, Institut de réadaptation de Toronto; Scientifique associée, Unité Kunin-Lunenfeld de recherche appliquée, Baycrest; professeure adjointe et cochercheure, Efficacité en sciences infirmières, Unité de recherche sur les résultats et l'utilisation, Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Ljiljana Mihic, M.A., candidate au doctorat

Membre

Candidate au doctorat, Département de psychologie, University of Western Ontario, London (Ontario)

Jennifer Mokry, MSW, RSW

Coordonnatrice du projet

Gestionnaire de projet, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto (Ontario)

Karen Cory, Hons. B.Sc., MBSI

Conseillère

Bibliothécaire médicale, Service de bibliothéconomie, St. Joseph's Health Care, London, Hôpital Parkwood, London (Ontario)

D^r Ken Le Clair, MD, FRCPC

Conseiller

Professeur et directeur, Division de gériatrie, Département de psychiatrie, Queen's University; directeur clinique, Programme de psychiatrie gériatrique; coprésident, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Kingston (Ontario)

D^{re} Lynn McCleary, inf. aut., Ph.D.

Conseillère

Professeure adjointe, Département des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé appliquées, Brock University, St. Catharines (Ontario)

Simone Powell, MPA

Conseillère

Analyste de la politique principale, Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Esther Roberts

Conseillère

Aidante naturelle, membre du Comité de direction de la CCSMPA, Calabogie (Ontario)

TABLE OF CONTENTS

Section	Page
Aperçu du projet des lignes directrices.....	1
Contexte	1
Bien-fondé des lignes directrices	1
Objectifs	1
Principes et portée.....	2
Auditoire cible	2
Élaboration des lignes directrices	2
Recherche documentaire	4
Formulation des recommandations	6
Présentation des recommandations	7
Notions, définitions et abréviations.....	7
Recommandations	10
Partie 1: Contexte	14
1.1 Portée des lignes directrices	14
1.2 Population cible.....	14
1.3 Prévalence.....	14
1.4 Principes et hypothèses	15
Partie 2: Prise en charge générale	17
2.1 Introduction	17
2.2 Analyse et recommandations.....	17
Partie 3: Évaluation des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux.....	22
3.1 Introduction	22
3.2 Analyse et recommandations.....	22
Partie 4: Prise en charge des symptômes et des troubles dépressifs.....	26
4.1 Introduction	26
4.2 Planification thérapeutique générale : analyse et recommandation.....	26
4.3 Interventions psychologiques et sociales : analyse et recommandations	26
4.3.1 Démence concomitante	29
4.4 Interventions médicamenteuses : analyse et recommandations	30
Partie 5: Prise en charge des symptômes comportementaux	32
5.1 Introduction	32
5.2 Interventions psychologiques et sociales : analyse et recommandations	32
5.3 Interventions médicamenteuses : analyse et recommandations	36
Partie 6: Considérations organisationnelles et systémiques	39
6.1 Introduction	39
6.2 Considérations organisationnelles : analyse et recommandations	39
6.3 Considérations systémiques : analyse et recommandations	41
Partie 7: Conclusion et perspectives d'avenir	43
Sources de référence	44
Annexe A : Schéma de l'exécution du projet	54
Annexe B : Principes généraux du traitement médicamenteux.....	55

Aperçu du projet des lignes directrices

Contexte

La mission de la CCSMPA consiste à *promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources*. Dans cette optique, la Coalition poursuit les grands objectifs suivants :

- faire en sorte que la santé mentale des aînés soit une priorité en santé et mieux-être au Canada;
- favoriser les initiatives d'amélioration et de promotion des ressources en santé mentale des personnes âgées;
- voir à sa croissance et à sa viabilité.

Afin de remplir sa mission et d'atteindre ses objectifs, la Coalition facilite certaines initiatives stratégiques axées sur les aspects suivants :

- La défense des intérêts et la sensibilisation du public
- La recherche
- L'éducation
- Les ressources humaines
- La promotion des pratiques exemplaires en évaluation et traitement
- Les aidants naturels

En janvier 2005, le Fonds pour la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada a accordé des fonds à la CCSMPA pour diriger et faciliter l'élaboration de recommandations fondées sur des données probantes dans le cadre de lignes directrices nationales sur les pratiques exemplaires en matière de santé mentale des aînés, plus précisément en ce qui a trait à :

1. l'évaluation et la prise en charge du **délirium**;
2. l'évaluation et la prise en charge de la **dépression**;
3. l'évaluation et la prise en charge de **problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée** (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement);
4. l'évaluation du **risque suicidaire** et la prévention du **suicide**.

Dans la période allant d'avril 2005 à janvier 2006, les quatre groupes d'élaboration de lignes directrices ont examiné les lignes directrices existantes, analysé la documentation primaire, consulté de nombreux intervenants et rédigé un document dans leur champ d'intérêt particulier renfermant notamment des recommandations.

Nécessité des lignes directrices

Le nombre de personnes âgées au Canada est en hausse fulgurante. En 2021, les adultes âgés (les personnes âgées de 65 ans ou plus) représenteront près de 18 % de la population du pays (Santé Canada, 2005). À l'heure actuelle, 20 % des personnes âgées de 65 ans ou plus souffrent d'une maladie mentale (MacCourt, 2005). Bien que cette proportion ne s'écarte pas de la prévalence de la maladie mentale dans d'autres groupes d'âge, elle ne reflète pas la prévalence élevée de la maladie mentale dans les établissements de santé et de services sociaux. Ainsi, il est de notoriété publique que de 80 % à 90 % des résidents en

centre d'accueil et d'hébergement sont atteints d'un trouble mental quelconque ou d'un déficit cognitif (Drance, 2005; Rovner et collab., 1990).

Longtemps, il n'y a pas eu de lignes directrices nationales interdisciplinaires sur la prévention, l'évaluation, le traitement et la prise en charge des principaux troubles de santé mentale dont souffrent les aînés canadiens, à l'exception des recommandations issues d'une conférence consensuelle sur l'évaluation et la prise en charge de la démence (Patterson et collab., 1999; mise à jour à paraître bientôt). Au vu de la croissance prévue de ce segment démographique, l'absence de normes pancanadiennes établies pour encadrer la prestation des soins de santé mentale à la population âgée est une grave lacune.

Nous nous devons de repérer les connaissances, et de les partager, sur les pratiques efficaces en matière d'évaluation et de traitement en santé mentale des personnes âgées. C'est dans ce contexte que le projet des lignes directrices nationales de la CCSMPA a vu le jour, plus précisément pour encourager la formulation de recommandations fondées sur des données probantes au sujet des quatre aspects précités de la santé mentale des personnes âgées.

But et objectifs

Le but général du projet consiste à formuler des recommandations fondées sur des données probantes, dans le cadre de lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en ce qui a trait à quatre aspects de la santé mentale des personnes âgées.

Objectifs du projet :

1. Répertoire les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de santé mentale des personnes âgées, publiées au Canada ou à l'étranger.
2. Faciliter la collaboration entre des chefs de file dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées afin d'examiner les lignes directrices existantes et d'analyser la documentation sur la santé mentale des aînés.
3. Favoriser l'établissement d'un partenariat entre les principaux chefs de file et les intervenants pour formuler un ensemble de recommandations sur des aspects particuliers de la santé mentale des personnes âgées dans le cadre de lignes directrices.
4. Diffuser la version préliminaire des recommandations ou des lignes directrices aux intervenants à la Conférence sur les pratiques exemplaires 2005 de la Coalition aux fins d'examen et de révision en prévision de la rédaction de la version définitive.
5. Diffuser les lignes directrices définitives aux professionnels de la santé et aux intervenants de tout le pays.

Principes et hypothèses

Voici les principes directeurs du projet :

- Basés sur des données scientifiques probantes
- Applicables de la façon la plus universelle probantes.

- La prise en compte de toute la gamme des milieux de soins
- La clarté, la concision et l'intelligibilité
- Le caractère pratique

Portée et application

- Le fondement multidisciplinaire;
- L'applicabilité à l'adulte âgé exclusivement;
- La pertinence dans toute la gamme des milieux de soins;
- La prise en compte de la disparité entre les établissements, les organismes de services de santé, les communautés, les régions et les provinces du pays, notamment sur les plans des services, des définitions ou de l'accès;
- La nécessité d'aborder précisément le chevauchement, le cas échéant, entre les quatre ensembles de lignes directrices nationales en matière de santé mentale des personnes âgées;
- Malgré le caractère distinct des quatre documents, la vérification de la concordance le cas échéant;
- La précision et la prise en considération dans les lignes directrices des aspects pour lesquels les connaissances sont insuffisantes;

- La nécessité pour les lignes directrices d'aborder également la recherche, l'éducation et la prestation des services. Ainsi, les lignes directrices se pencheront sur les questions des 'services optimaux' des 'aspects organisationnels', de la 'recherche' et de l' 'éducation'.

En outre, chacun des groupes d'élaboration des lignes directrices examinera des aspects particuliers à son sujet d'intérêt.

Auditoire cible

Les lignes directrices s'adressent à de nombreux auditoires, notamment les équipes soignantes interdisciplinaires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les décideurs qui œuvrent auprès des aînés. D'autre part, les lignes directrices pourraient s'avérer utiles dans la planification et l'évaluation de modèles de prestation des services de santé, de plans de ressources humaines, de normes d'agrément, d'exigences de formation et d'enseignement, des besoins de la recherche et de décisions de financement.

Élaboration des lignes directrices

Formation du groupe d'élaboration des lignes directrices

La Coalition a rassemblé des experts en santé mentale des personnes âgées de diverses disciplines pour former les quatre groupes d'élaboration des lignes directrices. Des membres du comité de direction de la Coalition ont désigné les codirecteurs des groupes d'élaboration des lignes directrices sur l'avis d'organismes et de personnes. Après la sélection des codirecteurs, la composition des groupes d'élaboration des lignes directrices s'est précisée de la même manière, notamment selon les suggestions des codirecteurs. La composition des groupes devait répondre à la volonté de former des équipes interdisciplinaires comptant des représentants de plusieurs provinces du pays.

Élaboration des lignes directrices

En mai 2005, les groupes d'élaboration des lignes directrices se sont réunis à Toronto (Ontario) dans le cadre d'un atelier de deux jours. Les discussions générales et en groupes restreints ont débouché sur un consensus quant à la portée de chaque ensemble de lignes directrices et à leur structure commune, ainsi que sur la recension des ressources pertinentes pour aller de l'avant, le calendrier d'exécution et la répartition des responsabilités.

Certains mécanismes ont été prévus afin de réduire au minimum le risque de biais dû à des conflits d'intérêts potentiels dans la formulation des recommandations. C'est ainsi que les membres des groupes d'élaboration des lignes directrices ont eu à divulguer à l'équipe de projet tous les conflits d'intérêts potentiels. Cet exercice a eu lieu deux fois pendant le projet. Les déclarations de conflits d'intérêts sont

disponibles sur demande auprès de la CCSMPA. Par souci d'objectivité également, des intervenants externes œuvrant dans des domaines connexes ont examiné de façon approfondie les lignes directrices à plusieurs reprises.

Les quatre groupes d'élaboration des lignes directrices se sont réunis chaque mois par téléconférence, sans compter les communications officieuses par courrier électronique et téléphone entre les membres des groupes. La rédaction des sections des lignes directrices a été confiée aux membres selon leur domaine d'expertise et d'intérêt, et les sous-groupes ainsi formés se sont réunis à intervalles réguliers. De leur côté, les codirecteurs se sont rencontrés chaque mois. La gestionnaire et la directrice du projet, relevant de la Coalition, ont été chargées de faciliter le processus tout au long du projet.

Phase I: Administration et préparation en vue de la rédaction (d'avril à juin 2005)

- Désignation des codirecteurs et formation des groupes d'élaboration des lignes directrices
- Réunions des codirecteurs et de chacun des groupes d'élaboration des lignes directrices
- Précision du mandat, des principes directeurs et de la portée de chaque ensemble de lignes directrices
- Établissement du calendrier d'exécution et répartition des responsabilités
- Création de la structure commune des lignes directrices
- Analyse documentaire exhaustive
- Recherche documentaire approfondie pour relever les lignes directrices pertinentes
- Relevé des instruments d'analyse documentaire et d'instruments d'évaluation des données probantes.

Phase II: Rédaction de la version préliminaire des lignes directrices (de mai à septembre 2005)

- Réunions des codirecteurs et des groupes de travail
- Brève recension, examen et évaluation de lignes directrices et de la documentation pertinentes
- Synthèse des données probantes, précision des lacunes et formulation des recommandations
- Rédaction de la version préliminaire des lignes directrices
- Révision de la version préliminaire des lignes directrices

Phase III: Diffusion et consultation (de mai à décembre 2005)

La diffusion des lignes directrices préliminaires aux intervenants externes aux fins d'examen s'est déroulée en trois phases :

Groupe 1: Diffusion des lignes directrices aux membres du groupe d'élaboration (de mai à décembre 2005)

Les membres du groupe d'élaboration ont révisé la version préliminaire des lignes directrices de façon continue.

Groupe 2: Diffusion des lignes directrices aux participants à la Conférence sur les pratiques exemplaires de la CCSMPA (septembre 2005)

Afin de se pencher sur des questions ayant trait aux pratiques en information, éducation, évaluation et traitement, la Coalition a parrainé une conférence pan-canadienne les 26 et 27 septembre 2005, "*La Conférence nationale sur les pratiques exemplaires : mise au point sur la santé mentale des personnes âgées*". Le but général de la conférence consistait à échanger des connaissances et à partager des pratiques exemplaires en santé mentale des aînés. Les participants à la conférence ont eu le loisir de contribuer à l'élaboration de l'un ou l'autre des ensembles de lignes directrices nationales. Les ateliers d'une journée étaient axés sur l'évaluation de la version préliminaire des lignes directrices nationales et sur la définition de stratégies de diffusion.

Les ateliers se sont déroulés comme suit :

- Examen de la démarche et analyse de la documentation et des lignes directrices recensées
- Examen de la version préliminaire des lignes directrices
- Évaluation et analyse exhaustives, en groupes restreints et générales, de la version préliminaire des lignes directrices
- Relevé méthodique des modifications proposées par les groupes restreints et en séance plénière
- Précision des étapes suivantes de révision et de diffusion des lignes directrices, et discussion des possibilités de participer de nouveau au processus

Groupe 3: Diffusion des lignes directrices à des experts conseils et à d'autres intervenants (d'octobre 2005 à janvier 2006)

La Coalition a demandé aux intervenants externes de lui transmettre leurs observations et impressions générales et de répondre à des questions précises. Les groupes d'élaboration des lignes directrices ont examiné ces observations, et en ont tenu compte dans la révision de la version préliminaire des lignes directrices.

Au nombre de ces intervenants figurent entre autres les experts conseils participant au projet, l'Agence de la santé publique du Canada, des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des membres de la CCSMPA et des organisations participantes, les participants des ateliers de la Conférence sur les pratiques exemplaires de la Coalition et l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique.

Phase IV: Révision de la version préliminaire des lignes directrices (d'octobre 2005 à janvier 2006)

- Analyse des observations issues des ateliers de la Conférence sur les pratiques exemplaires par les groupes d'élaboration des lignes directrices
- Examen des observations des intervenants externes
- Établissement d'un consensus au sein de chacun des groupes d'élaboration concernant les recommandations et le contenu
- Dernière révision des lignes directrices

Phase V: Rédaction de la version définitive des lignes directrices (décembre 2005 et janvier 2006)

- Dernière révision des lignes directrices par les groupes d'élaboration des lignes directrices
- Rédaction de la version définitive des lignes directrices et des recommandations
- Présentation des lignes directrices et des recommandations à l'Agence de la santé publique du Canada

Phase VI: Diffusion des lignes directrices (à partir de janvier 2006)

- Liste des destinataires
- Traduction, mise en page et impression
- Diffusion des lignes directrices en version électronique et sur papier
- Promotion des lignes directrices dans des bulletins d'information, à des conférences, dans des revues, etc.

L'ordinogramme de l'élaboration des lignes directrices figure à l'annexe A.

Recherche documentaire

Le groupe a procédé à une recherche et à une analyse documentaires méthodiques et exhaustives sur le sujet de l'évaluation et de la prise en charge des troubles comportementaux ou de l'humeur en établissement de soins de longue durée (ESLD).

Stratégie de recherche des données probantes

Des bibliothécaires conseils participant au projet des lignes directrices et la Coalition ont effectué une recherche documentaire électronique conçue pour relever des documents fondés sur des données probantes, notamment des lignes directrices, des méta-analyses et des études documentaires méthodiques, et des articles originaux ne figurant pas dans ces sources d'information. La recherche documentaire a été structurée en fonction des critères suivants :

- Des documents en anglais seulement
- Des sources d'information portant précisément sur les troubles dépressifs ou comportementaux en ESLD
- Période de publication des lignes directrices, des méta-analyses et des études de janvier 1995 à mai 2005
- Articles originaux publiés dans la période de janvier 2000 à juin 2005

Recherche documentaire visant à relever des lignes directrices, des méta-analyses et des études documentaires méthodiques

La première recherche documentaire visant à relever des articles de synthèse fondés sur des données probantes (p. ex., des lignes directrices, des protocoles) a porté sur les grandes bases de données que sont Medline, EMBASE, PsychInfo, CINAHL, AgeLine et The Cochrane Library. La stratégie a été définie en fonction des termes de recherche suivants : " long term care ", " residential care institutions ", " nursing homes ", " homes for the aged ", " agitation ", " wandering ", " agitated behavior ", " bipolar disorder ", " depression ", " mood disorders ", " affective disorders ", " social behavior disorders ", " behavioral symptoms ", " dementia ", " delirium ", " disruptive behavior ", " elderly ", " older adult(s) ", " aged ", " geriatric ", " guideline(s) ", " practice guideline(s) ", " practice guideline(s) older adult(s) ", " protocol(s) ", " best practice guideline(s) " et " clinical guideline(s) ".

En outre, une liste de sites Web a été dressée en fonction des sites connus renfermant de l'information factuelle sur les pratiques, des organismes réputés pour l'élaboration de lignes directrices et des recommandations des groupes d'élaboration des lignes directrices. Les résultats et les dates de recherche ont été consignés. Les sites Web suivants ont été consultés :

- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org/>
- American Psychiatric Association : <http://www.psych.org/>
- American Psychological Association : <http://www.apa.org/>

- Annals of Internal Medicine : <http://www.annals.org/>
- Association for Gerontology in Higher Education : <http://www.aghe.org/site/aghewebsite/>
- Association canadienne pour la santé mentale : <http://www.cmha.ca/bins/index.asp>
- Société canadienne de psychologie : <http://www.cpa.ca/>
- National Guidelines Clearinghouse : <http://www.guideline.gov/>
- National Institute on Aging : <http://www.nia.nih.gov/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence : <http://www.nice.org.uk/>
- National Institute of Mental Health : <http://www.nimh.nih.gov/>
- Association médicale de l'Ontario : <http://www.oma.org/>
- Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario : <http://www.rnao.org/>
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists : <http://www.ranzcp.org/>
- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk/>
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk/>
- Royal College of Psychiatrists : <http://www.rcpsych.ac.uk/>
- Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/en/>

Cette recherche documentaire a permis de retracer 26 ensembles de lignes directrices potentiellement pertinentes. Les codirecteurs du groupe d'élaboration des lignes directrices ont examiné ces résultats pour déterminer si les sources d'information recensées portaient précisément sur le sujet en question et étaient disponibles en version électronique, sur papier ou auprès des auteurs. C'est ainsi que 10 ensembles de lignes directrices ont été sélectionnés pour les besoins du projet :

- Alexopoulos, GS, Jeste DV, Chung H, Carpenter D, Ross R, & Docherty JP. The expert consensus guideline series: Treatment of dementia and its behavioural disturbances. A Postgrad Med Special Report 2005.
- American Geriatrics Society, American Association for Geriatric Psychiatry (AGS/AAGP). Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioural symptoms associated with dementia. Journal of American Geriatrics Society 2003;51(9): 1287-98.
- American Medical Directors Association (AMDA). Depression: clinical practice guidelines. Columbia (MD): AMDA; 2003. Disponible à : www.amda.ca
- Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001;56(9):1154-66.

- Futrell M, Melillo KD. Evidence-based protocol: Wandering. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Dissemination Core; 2002. Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3250&nbr=002476&string=002476
- Gerdner L. Evidence-based protocol: Individualized music. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Dissemination Core; 2001. Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3073&nbr=002299&string=002299
- McGonigal-Kenney ML, Schutte DL. Non-pharmacological management of agitated behaviours in persons with Alzheimer's disease and other chronic dementing conditions. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2004. Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6221&nbr=003992&string=003992
- Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (RNAO). Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario; 2004. Disponible à : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C4_caregiving_elders_ddd.asp
- Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (RNAO). Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario; 2003. Disponible à : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C3_ddd.asp
- Thiru-Chelvam B. Bathing persons with dementia. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2004. Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6220&nbr=003991&string=003991

Le groupe d'élaboration des lignes directrices a évalué la qualité des lignes directrices les plus pertinentes de publication récente, soit AGS/AAGP (2003), conformément à *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument (AGREE) (AGREE Collaboration, 2001)*. Par ce processus, nous avons confirmé la fiabilité de cette source d'information et en avons su davantage sur les facteurs à prendre en considération dans la détermination de la pertinence des données probantes et des recommandations provenant d'autres lignes directrices avant d'entreprendre la rédaction de celles-ci.

De plus, la recherche documentaire nous a permis de relever plusieurs études pertinentes selon la base de données Cochrane et des articles de synthèse fondamentaux. Des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont dépouil-

lé à la main la bibliographie de ces articles; ce dépouillement a abouti à la recension de 35 articles de recherche qui ont été examinés dans leur version intégrale.

Recherche documentaire supplémentaire

La période de publication (2000 à 2005) de la recherche documentaire supplémentaire a été déterminée d'après la période de publication des lignes directrices sélectionnées, puisque les membres du groupe ont considéré que ces lignes directrices réunies constituaient une source d'information fiable sur la documentation publiée avant la période de publication déterminée.

Chacune des bases de données (Medline, EMBASE, PsycInfo, CINAHL, AgeLine, The Cochrane Library) a fait l'objet de la recherche documentaire générale, en modifiant légèrement les syntagmes de recherche le cas échéant selon les critères propres à chaque base de données. Dans toutes les bases de données, la recherche a été limitée à la documentation portant sur l'être humain, en langue anglaise et publiée dans la période allant de 2000 à 2005.

Chaque fois, la recherche a été structurée selon des termes qui recouvrent le type d'établissements (c.-à-d., " Long term care ", " nursing home ", " residential care institutions "), l'âge (" aged ") et les symptômes ou les troubles (" affective disorders ", " behaviour disorders ", " mood disorders ", " psychotic disorders ", " cognitive disorders ", " depression ", " dementia ", " delirium ", " amnesic ", " senile dementia ", " behavioural symptoms ", " inappropriate sexual behaviour ", " disruptive behaviour ", " social behavioural disorders ", " mental disorders ", " obsessive-compulsive disorders ", " psychophysiologic disorders ").

Comme nous le pensions, la recherche en fonction de termes associés n'a produit que peu de mentions pertinentes. Par exemple, une recherche dans Medline en fonction de cinq des troubles cités ci-dessus, à savoir des troubles comportementaux, sociaux ou des troubles mentaux, a débouché sur la recension de 97 951 mentions. Quand les termes " long term care " et " aged " ont été associés aux autres termes, le nombre de mentions a chuté à 95. Afin de préciser davantage la recherche, les 95 résumés ont été examinés en ligne; 12 études pertinentes et applicables ont alors été relevées.

La bibliothécaire et le codirecteur du projet ont procédé ainsi (recherche documentaire électronique suivie de l'examen en ligne) selon diverses combinaisons de termes. Ils ont recensé 56 communications potentiellement pertinentes, qui n'avaient pas été relevées lors de la recherche d'articles de synthèse factuels (à savoir, des lignes directrices, des méta-analyses et des analyses documentaires). Des membres ont examiné les résumés et ont retenu 32 articles de recherche récents dont ils ont obtenu la version intégrale. Au fil de la rédaction des lignes directrices, d'autres sources d'information, soit des synthèses ou des articles de recherche, ont été recensées dans le cadre de recherches précises et en consultant des experts. Au bout du compte, plus de 200 mentions ont été répertoriées.

Formulation des recommandations

La documentation sélectionnée a été évaluée dans l'intention de formuler des recommandations fondées sur des données probantes, judicieuses du point de vue clinique. Les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont été répartis en sous-groupes en fonction de leur expertise particulière afin de formuler les recommandations de la section qui leur a été dévolue. Les recommandations des sous-groupes ont été fondues en un seul document renfermant des recommandations adoptées par consensus. En conclusion, les recommandations sont fondées sur les constatations de la recherche et conformes à l'opinion d'experts.

La solidité des recommandations a été évaluée en vertu de *Categories of Evidence and Strength of Recommendations* de Shekelle et ses collègues (1999). Avant la tenue de la conférence sur les pratiques exemplaires de la Coalition, les codirecteurs du groupe d'élaboration des lignes directrices ont approuvé les recommandations après examen des versions préliminaires. Après la conférence, les groupes d'élaboration des lignes directrices ont passé en revue leurs recommandations respectives et examiné les divergences et les sujets de controverse. Une fois les points de désaccord réglés, les recommandations ont été entérinées. Pour paraître dans la version définitive des lignes directrices, une recommandation devait faire l'objet d'un consensus de la part de 80 % des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices. En réalité, les recommandations formulées dans la version définitive des lignes directrices ont été adoptées à l'unanimité.

Les données probantes et les recommandations ont été interprétées selon le système à deux paliers de Shekelle et ses collègues (1999). Les études sont rangées dans les catégories allant de I à IV. La catégorie où est classée l'étude est indiquée dans le renvoi à la source de référence comme suit (mention) ^{Catégorie}.

Catégories de données probantes aux fins de détermination de la causalité et de l'application dans le traitement

Données probantes issues d'une méta-analyse d'essais cliniques comparatifs et randomisés	Ia
Données probantes issues d'au moins un essai clinique comparatif et randomisé	Ib
Données probantes issues d'au moins une étude comparative sans randomisation	IIa
Données probantes issues d'au moins une étude quasi-expérimentale d'un autre type	IIb
Données probantes issues d'études descriptives non expérimentales, comme une étude comparative, une étude corrélationnelle ou une étude cas-témoin	III
Données probantes issues de rapports ou de l'opinion de comités d'experts, ou de l'expérience clinique de sommités	IV

(Shekelle et collab., 1999)

La solidité des recommandations, cotée de A à D (voir ci-après), est fonction de la masse des données probantes (c.-à-d., toutes les études portant sur le sujet) *et de l'opinion des experts du groupe d'élaboration des lignes directrices sur les données probantes disponibles*. À titre d'exemple, le niveau de solidité D est attribué aux données probantes tirées de la documentation portant sur une population plus jeune que la population cible ou à ce qui est considéré comme étant une saine pratique par le groupe d'élaboration des lignes directrices.

Étant donné la problématique particulière, d'ordre pragmatique, éthique et conceptuel, de l'essai clinique comparatif et randomisé auprès de personnes âgées résidant en ESLD, les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices se devaient d'évaluer et de tenir compte des données probantes issues d'essais cliniques de conception quasi-expérimentale (Tilly et Reed, 2004).

La cotation de la solidité de la recommandation (A à D) doit être interprétée en tant qu'évaluation synthétique de toutes les données probantes à l'appui de la recommandation, plutôt qu'en tant que simple indication de l'importance de la recommandation en pratique clinique ou du point de vue de la qualité des soins. Certaines recommandations ne sont pas étayées par beaucoup de données scientifiques, d'où leur basse cote de solidité en vertu de l'échelle, mais elles constituent tout de même des éléments primordiaux de la prestation des services en ESLD. Le degré de risque a également été pris en considération dans la détermination du niveau de certitude des recommandations.

Degrés de solidité

Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie I	A
Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie II ou extrapolée de données probantes de catégorie I	B
Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie III ou extrapolée de données probantes de catégorie I ou II	C
Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie IV ou extrapolée de données probantes de catégorie I, II ou III	D

(Shekelle et collab., 1999)

Présentation des recommandations

Une fois le *contexte (partie 1)* abordé, les recommandations sont présentées dans les sections subséquentes des présentes lignes directrices.

La *partie 2 sur la prise en charge générale* renferme les recommandations portant sur la prestation des soins aux résidents dans l'optique de la promotion de la santé mentale.

La *partie 3 sur l'évaluation des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux* contient les recommandations sur l'évaluation des symptômes dépressifs et comportementaux en établissements de soins de longue durée (ESLD). Cette section examine les symptômes dépressifs et comportementaux, à l'exception des cas où la documentation les considère de façon distincte.

Par la suite, ces deux catégories de problèmes sont abordés dans des sections distinctes, la *partie 4 traite de la prise en charge des symptômes et des troubles dépressifs* et la *partie 5 traite de la prise en charge des symptômes comportementaux*. Ainsi, des données scientifiques appuient l'utilité de psychothérapies particulières, comme la thérapie cognitivo-comportementale, dans le

traitement des troubles dépressifs, mais pas dans le traitement des problèmes comportementaux. Bien que la thérapie par l'activité et les interventions favorisant les interactions sociales soient proposées dans les deux cas, le type d'activités et d'interventions sociales étayées par les données probantes ne sont pas les mêmes. À titre d'exemples, le bénévolat est l'une des interventions de relations sociales proposées dans la dépression, tandis que l'interaction individuelle, la zoothérapie et l'interaction simulée ont été étudiées dans les troubles comportementaux. En outre, le traitement médicamenteux de ces symptômes ou troubles se compose de médicaments différents, et il doit tenir compte du diagnostic fondamental. **À souligner que si les interventions psychosociales et pharmacologiques sont présentées en deux temps par souci de clarté, à la fois dans la section sur les troubles dépressifs et dans la section sur les troubles comportementaux, il est entendu que ces interventions sont pour la plupart du temps combinées en pratique** (Cohen-Mansfield, 2001).

La *partie 6 sur les aspects organisationnels et systémiques* contient les recommandations applicables au contexte général de la prestation des soins, à l'échelon de l'établissement ou du système de santé.

Notions, définitions et abréviations

Notions et définitions

Voici les principales notions et définitions qui sous-tendent l'analyse documentaire et la formulation des recommandations présentées ici :

Équipe interdisciplinaire : désigne l'équipe formée de membres de diverses disciplines, oeuvrant dans l'établissement ou intervenant à titre de conseillers externes. La notion de la composition optimale de cette équipe du point de vue de l'expertise ou du champ de pratique n'existe pas, et il faut savoir que les ressources cliniques ne sont pas les mêmes d'un établissement à un autre. Néanmoins, les présentes lignes directrices reposent sur la notion fondamentale voulant que la promotion de la santé mentale et la prise en charge des problèmes de santé mentale, notamment des troubles mentaux, pour être efficaces nécessitent l'intervention d'une équipe interdisciplinaire. Il n'est pas du ressort des présentes lignes directrices de proposer des critères de composition de l'équipe interdisciplinaire dans un établissement de soins de longue durée (ESLD), ni d'aborder la question de la disponibilité des ressources. Toutefois, le caractère primordial de l'équipe interdisciplinaire dans la mise en œuvre des recommandations en matière de pratiques exemplaires est bien connu. Ici, l'expression prestataire de soins renvoie aux membres de l'équipe interdisciplinaire ou du personnel de l'établissement.

Établissement de soins de longue durée : pour les besoins des présentes lignes directrices, l'expression établissement de soins

longue durée (ESLD) a un sens général. Elle s'applique à l'établissement d'hébergement en commun, qui accueille des personnes âgées et d'autres personnes souffrant de maladies chroniques, d'une incapacité ou d'une inaptitude à exécuter les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), et qui nécessitent des soins infirmiers spécialisés de façon courante. L'expression recouvre, par exemple, les établissements appelés centres d'accueil et d'hébergement. La définition, le financement et la structure de l'ESLD varient selon les provinces et territoires. Les services offerts dans les ESLD, les maisons de retraite et les résidences offrant des services ne sont pas forcément les mêmes. Les recommandations présentées ici peuvent néanmoins s'avérer utiles à ces établissements.

Évaluation : Désigne le processus exhaustif et continu de (1) dépistage afin de déceler les symptômes dépressifs et comportementaux, (2) d'investigation structurée, ayant pour objectif de relever les facteurs qui provoquent, maintiennent ou accentuent les symptômes détectés, préalable à l'interprétation des constatations de l'évaluation, en fonction du patient et des données probantes, menant le cas échéant au diagnostic en bonne et due forme et (3) d'évaluation continue de l'évolution de l'état de santé et de l'efficacité pratique du traitement afin de déterminer l'utilité d'une réévaluation des facteurs en cause.

Prise en charge : renvoie aux interventions destinées à modifier le milieu, social ou physique, pour prévenir la survenue de symptômes dépressifs ou comportementaux, par exemple

réaménager la salle à manger pour favoriser les interactions, ainsi que les interventions ayant pour objectif d'atténuer les symptômes dépressifs ou comportementaux qu'éprouvent des résidents. Ainsi, la prise en charge englobe, sans toutefois s'y limiter, l'évaluation et le traitement en bonne et due forme.

Problème de santé mentale : renvoie au problème créé par une cause interne, soit physique ou mentale, soit relevant d'une adaptation inappropriée, ou par une cause externe, telle l'interaction avec le milieu social ou physique ou la dynamique relationnelle (Santé et Bien-être Canada, 1988). Des facteurs biomédicaux comme des facteurs d'autre nature peuvent influencer la santé mentale, de sorte que les uns comme les autres doivent être pris en considération dans l'évaluation d'une personne âgée éprouvant des problèmes de santé mentale. La notion de problème de santé mentale recouvre notamment le trouble mental ponctuel. Ces problèmes au troisième âge se produisent souvent en parallèle avec une maladie physique, une incapacité ou l'isolement psychosocial.

Promotion de la santé mentale : s'applique au processus d'amélioration de la capacité des résidents à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale. Par exemple, axée sur l'amélioration de l'estime de soi, des aptitudes adaptatives, du soutien social et du mieux-être des personnes, la promotion de la santé mentale habilite les résidents à interagir dans leur milieu social et physique pour accroître leur solidité émotionnelle et spirituelle. La promotion de la santé mentale a pour but de favoriser la résilience individuelle et l'entraide au sein du milieu social de l'ESLD. La promotion de la santé mentale se traduit également par la lutte à la discrimination et à la stigmatisation qui frappent les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Protocole d'évaluation : s'applique au schéma de résolution de problèmes qui encadre la démarche intellectuelle. Le protocole d'évaluation structure la prise de décision dans l'optique d'une évaluation efficiente et suffisamment exhaustive pour établir un plan de soins personnalisé approprié. La suite interRAI (y compris le Minimum Data Set) constitue un modèle de démarche normalisée, appuyée sur les constatations de la recherche, d'élaboration d'un protocole d'évaluation (www.interRAI.org, 2006; Morris, 1995). Le protocole d'évaluation, et l'évaluation comme telle, sont conçus en fonction d'un calendrier d'exécution précis et prévoient l'implication des membres de l'équipe (expertise et champ d'activité) en vue d'une efficacité pratique optimale.

Résident : pour les besoins des présentes lignes directrices, le terme résident désigne la personne âgée hébergée dans un ESLD. Le résident est une personne à part entière qui doit bénéficier d'une prestation de soins personnalisée. La population cible est formée d'un groupe de personnes hétérogène, non seulement sur le plan de l'âge (de 65 ans à plus de 100 ans), mais également sur les plans de la culture, de l'origine ethnique, de la race et de l'orientation sexuelle. Dans l'état actuel des connaissances, les recommandations demeurent d'ordre général, sans s'appliquer à des sous-groupes de cette population, et nous sommes conscients de la nécessité de

respecter la diversité culturelle et de poursuivre la recherche dans ce domaine. Nous savons de plus que des adultes d'âge moyen résident dans des ESLD, notamment des personnes atteintes d'un traumatisme cérébral ou présentant un retard du développement. Les présentes lignes directrices peuvent être pertinentes pour ces résidents également. Il n'en reste pas moins que la personne âgée demeure l'axe d'intérêt de notre analyse documentaire et de l'élaboration subséquente des lignes directrices.

Santé mentale : renvoie à " la capacité de la personne, du groupe et du milieu d'interagir ensemble de façon à promouvoir le mieux-être subjectif, le développement et l'utilisation optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), et l'atteinte des buts individuels et collectifs en toute justice et égalité " (Santé et Bien-être Canada, 1988). Bien que la santé mentale soit un concept propre à la personne, elle est influencée par le contexte social de la personne en question. Au nombre des aspects fondamentaux de la santé mentale de la personne âgée figurent l'autonomie, l'estime de soi, les relations personnelles et le soutien social (Waters, 1995). La santé mentale est une notion vaste, et les soins de santé mentale, à l'instar des soins de santé en général, s'inscrivent dans une continuité allant de la promotion de la santé mentale au traitement des maladies mentales graves (*American Association for Retired People (AARP)*, 1994).

Symptômes comportementaux : recouvrent les manifestations comportementales observables qui sont (1) inappropriées ou excessives dans le contexte en question et (2) perturbatrices ou dérangeantes ou potentiellement dangereuses pour le résident ou d'autres personnes.

Symptômes dépressifs : regroupent les symptômes essentiels au diagnostic de trouble dépressif majeur ou le diagnostic proposé de trouble dépressif mineur ou un autre trouble de l'humeur, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition révisée (DSM-IV-TR)* (*American Psychiatry Association (APA)* 2000a). Il est notoire que la présentation des symptômes dépressifs chez la personne âgée peut être atypique, subclinique ou difficile à distinguer d'une autre affection concomitante.

Traitement : renvoie aux interventions thérapeutiques particulières à savoir les interventions psychologiques, sociales et pharmacologiques, mises en œuvre dans l'espoir de résoudre un problème précis qu'éprouve un résident, en particulier ici les symptômes dépressifs ou comportementaux nécessitant une intervention. Le traitement succède à l'évaluation personnalisée, et l'efficacité pratique du traitement fait l'objet d'une surveillance et d'une évaluation.

Trouble mental : désigne l'affection définie dans le DSM-IV-TR, système de classification multiaxiale (APA, 2000a). Les cinq axes sont 1) les troubles cliniques et autres affections nécessitant des soins cliniques, 2) les troubles de la personnalité et le retard mental, 3) les affections physiques générales, 4) les problèmes psychosociaux et environnementaux et 5) l'évaluation globale du fonctionnement.

Abréviations

Voici les abréviations qui apparaissent dans le document

AAGP : American Association for Geriatric Psychiatry

AARP : American Association of Retired Persons

ACC : antécédents-comportement-conséquences

AGS : American Geriatrics Society

AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne

AMDA : American Medical Directors Association

APA : American Psychiatric Association

APC : Association des psychiatres du Canada

ATC : antidépresseur tricyclique

AVQ : activités de la vie quotidienne

BEHAVE-AD : échelle d'évaluation comportementale dans la maladie d'Alzheimer

CANMAT : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

CES-D : échelle de la dépression du Centre d'études épidémiologiques

CMAI : inventaire de l'agitation Cohen-Mansfield

CSDD : échelle Cornell d'évaluation de la dépression dans la démence

DCL : démence à corps de Lewy

DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition révisée

ECA : évaluation de la capacité de s'alimenter

ECR : essai clinique comparatif et randomisé

ECT : électroconvulsivothérapie

EDG : échelle d'évaluation de la dépression gériatrique

EESA : échelle d'évaluation sommaire de l'agitation

EESCD : échelle d'évaluation des symptômes comportementaux dans la démence

EGC : entraînement à la gestion du comportement

EPA : échelle Pittsburgh d'évaluation de l'agitation

ESLD : établissement de soins de longue durée

HRJ : heures par résident par jour

IPA : infirmière en pratique avancée

ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine

LMT : luminothérapie

MA : maladie d'Alzheimer

MDS : Minimum Data Set

MMSE : mini-examen de l'état mental

NPI : inventaire neuropsychiatrique

NSH : noyau suprachiasmatique de l'hypothalamus

PRN : au besoin

PROC : procuration

QEC : questionnaire d'évaluation des capacités

RNAO : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

SLD : soins de longue durée

TRP : thérapie par résolution de problèmes

UC : utilisation des connaissances

Recommandations

Les recommandations ont été regroupées au début du document pour en faciliter la consultation. Les sections du document renferment l'analyse documentaire pertinente aux recommandations de la section avant de présenter celles-ci. Nous prions le lecteur

de prendre connaissance du corps du document, et de ne pas s'en tenir à la seule synthèse des recommandations. Les recommandations sont accompagnées du numéro de page où figure le texte correspondant.

Recommandations : Prise en charge générale

Recommandation : Prise en charge générale – participation de la famille (p. 17)

Encourager et soutenir la participation de la famille à la vie du résident âgé avec une approche éducative, notamment pour la prise de décision le cas échéant. [C]

Recommandation : Prise en charge générale – plan de soins (p. 18)

Personnaliser le plan de soins en tenant compte des lignes directrices et des recommandations sur les pratiques exemplaires. [D]

Recommandation : Prise en charge générale – communication (p. 18)

Appliquer des stratégies qui favorisent la communication entre les prestataires de soins et les résidents. [B]

Recommandation : Prise en charge générale – se vêtir (p. 19)

Aider le résident à se vêtir dans le cadre d'une démarche personnalisée. [B]

Recommandation : Prise en charge générale – le bain (p. 20)

Concevoir un protocole personnalisé à l'intention de chacun des résidents dans l'objectif d'atténuer le plus possible l'affect négatif et de susciter un sentiment de bien-être durant le bain. [A]

Recommandation : Prise en charge générale – activités (p. 20)

Répartir tout au long de la journée les activités auxquelles le résident participe et en modérer le rythme. [B]

Recommandation : Prise en charge générale – les repas (p. 20)

Prévoir des activités de soins aux repas pour favoriser l'alimentation et prévenir des comportements susceptibles d'entraver la satisfaction des besoins nutritionnels et sociaux. [D]

Recommandations : Évaluation des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux

Recommandations : Évaluation – dépistage (p. 22 -23)

Le protocole d'évaluation de l'établissement précise que le dépistage des symptômes dépressifs et comportementaux a lieu peu après l'admission et à intervalles réguliers par la suite, ainsi qu'en réaction à un changement important. [C]

Des instruments de dépistage appropriés au milieu et à la population sont disponibles pour faciliter le processus de dépistage. [D]

Le choix de l'instrument de dépistage repose sur les caractéristiques de la situation, comme la capacité du résident à rendre compte lui-même des symptômes, et la nature du problème. [D]

Le dépistage donne lieu à une investigation approfondie des symptômes dépressifs et comportementaux dans des cas bien précis. [D]

Recommandations : Évaluation – investigation approfondie (p. 23 – 25)

Les principaux éléments de l'investigation approfondie sont l'anamnèse et l'examen physique, les épreuves de laboratoire et l'investigation psychologique pertinentes, l'étude du milieu social et physique et les tests diagnostiques choisis en fonction des résultats de l'anamnèse et de l'examen physique, ainsi que l'historique du traitement et de la réponse au traitement. [C]

Il importe de prendre en considération tous les facteurs déclenchants. L'investigation des facteurs potentiellement déclenchants, comme le délirium ou la douleur chronique, est conçue selon les lignes directrices de pratique clinique sur ces sujets le cas échéant. [D]

Le diagnostic et le diagnostic différentiel sont des objectifs de l'évaluation quand cela est opportun. [D]

L'investigation approfondie se conclut par la détermination de la nécessité d'un traitement, et de la forme et de l'intensité de ce traitement. [D]

Recommandations : Évaluation – évaluation continue (p. 25)

Le plan de traitement prévoit le calendrier et la procédure de l'évaluation continue des paramètres cliniques et de l'efficacité pratique du traitement. [D]

L'évaluation continue comporte l'historique et l'évaluation du changement des symptômes concernés. [D]

L'évaluation du changement est de nature quantitative, de préférence à l'aide de l'instrument utilisé avant l'intervention. [D]

Des résultats cliniques inattendus ou des effets indésirables du traitement imposent la réévaluation et le réexamen des facteurs déclenchant, perpétuant ou exacerbant les symptômes dépressifs et comportementaux. Les réactions indésirables potentielles au traitement sont évaluées. [D]

Recommandations : Prise en charge des symptômes et des troubles dépressifs

Recommandation : Symptômes dépressifs : planification thérapeutique générale (p. 26)

Tenir compte de la forme et de la gravité de la dépression dans l'élaboration du plan de traitement. [B]

Recommandations : Symptômes dépressifs : interventions psychologiques et sociales (p. 27 – 28)

Les interventions favorisant l'interaction sociale, dont les interventions qui suscitent un sentiment de valorisation, sont indiquées dans le but d'atténuer les symptômes dépressifs. [C]

Lorsque l'objectif consiste à inciter le résident à sortir de son isolement social et de son manque d'initiative, des activités récréatives structurées sont proposées. [C]

Quand l'objectif consiste à atténuer les symptômes dépressifs, la psychothérapie est proposée. [B]

Des interventions d'affirmation de soi, notamment les thérapies par empathie ou par la réminiscence, sont indiquées lorsque l'objectif consiste à valoriser le résident et à lui procurer un sentiment de bien-être général. [C]

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions psychologiques et sociales (p. 29)

Tenir compte des répercussions de la démence concomitante dans l'élaboration du plan de traitement. [C]

Recommandations : Symptômes dépressifs : interventions médicamenteuses (p. 30 – 31)

L'antidépresseur représente le traitement de première intention en cas de dépression majeure conforme aux critères diagnostiques. [A]

Les antidépresseurs de premier recours appropriés en ESLD comprennent les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, comme le citalopram ou la sertraline, ou la venlafaxine, la mirtazapine ou le bupropion. [B]

En présence de dépression majeure et de symptômes psychotiques, le traitement englobe un antidépresseur et un antipsychotique. [B]

Le résident qui traverse un premier épisode de dépression majeure et qui répond bien au traitement antidépresseur poursuit ce traitement à la pleine dose pendant au moins 12 mois. Quand il s'agit du deuxième épisode ou d'un épisode subséquent, le traitement continue pendant au moins deux ans. [A]

Le traitement du résident qui souffre de dépression et qui a des antécédents de maladie affective bipolaire comporte un psychorégulateur, comme le carbonate de lithium, le divalproex sodique ou la carbamazépine. [B]

La sismothérapie est envisagée en présence de dépression grave réfractaire au traitement médicamenteux. (La sismothérapie sera fort probablement administrée dans un établissement de soins psychiatriques.) [B]

Les psychostimulants, comme le méthylphénidate, peuvent être utiles pour juguler certains symptômes souvent présents dans la dépression, tels l'apathie ou la baisse d'énergie. [C]

Recommandations : Prise en charge des symptômes comportementaux

Recommandations : Symptômes comportementaux : interventions psychologiques et sociales (p. 32 – 35)

Les interventions favorisant le contact social sont toujours indiquées, particulièrement pour atténuer la privation sensorielle et l'isolement social, offrir de la distraction et des contacts physiques et favoriser la relaxation. [C]

Des interventions sensorielles ou de relaxation par la musique, la technique snoezelen, l'aromathérapie ou la luminothérapie, sont appliquées quand l'objectif consiste à diminuer les symptômes comportementaux, à offrir une stimulation sensorielle et à favoriser la détente. [B/D]

S'il s'agit d'inciter le résident à sortir de sa réserve, les activités récréatives structurées sont indiquées. [C]

La thérapie comportementale individuelle est indiquée quand l'objectif consiste à prendre en charge les symptômes comportementaux, notamment les comportements inappropriés au contexte, les comportements perturbateurs ou potentiellement dangereux. [C]

Recommandations: Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses (p. 36 – 38)

Évaluer minutieusement les bienfaits et les effets néfastes potentiels des interventions médicamenteuses. [A]

Les antipsychotiques atypiques représentent les médicaments de première intention appropriés en présence de symptômes comportementaux graves accompagnés de symptômes psychotiques. [B] Les antipsychotiques atypiques ne sont indiqués que si il y a un risque marqué, une incapacité ou une grande souffrance occasionnée par les symptômes. [C]

Le traitement médicamenteux de première intention approprié en cas de symptômes comportementaux graves sans symptômes psychotiques se compose : a) d'un antipsychotique atypique; b) d'un antidépresseur comme la trazodone ou un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine, comme le citalopram ou la sertraline. Antipsychotiques [B]; antidépresseurs [C]

Le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux graves peut également comporter : a) un anticonvulsivant comme la carbamazépine; b) une benzodiazépine d'action brève ou intermédiaire. Carbamazépine [B]; Benzodiazépines. [C]

Le traitement médicamenteux approprié de la désinhibition sexuelle marquée peut prendre la forme a) de l'hormonothérapie (p. ex., médroxyprogestérone, cyprotérone, leuprolide), b) d'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine ou c) d'un antipsychotique atypique. [D]

Le traitement médicamenteux approprié des symptômes comportementaux associés à une démence frontotemporale se compose de trazodone ou d'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine. [B]

Le traitement médicamenteux approprié des symptômes comportementaux ou de la psychose associés à la maladie de Parkinson ou à la démence à corps de Lewy comprend a) un inhibiteur de la cholinestérase ou, en dernier recours, b) un antipsychotique atypique comportant le moins de risque d'exacerber les symptômes extrapyramidaux, comme la quétiapine. Inhibiteurs de la cholinestérase [B]; quétiapine. [C]

Le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux ou de la psychose présents dans la démence est réévalué à intervalles réguliers, aux trois à six mois par exemple, pour déterminer la pertinence de diminuer la dose ou de cesser le traitement. Le traitement médicamenteux s'accompagne de la surveillance continue des effets indésirables. [A]

Recommandations : Considérations organisationnelles et systémiques

Recommandations : Considérations organisationnelles (p. 39 – 41)

Par l'application de principes d'aménagement, l'ESLD offre un milieu physique et social qui correspond à un milieu thérapeutique. [D]

L'ESLD prévoit une directive écrite sur la dotation en personnel appropriée à la prise en charge de résidents âgés présentant des symptômes comportementaux ou affectifs. [C]

L'ESLD propose à son personnel un programme de formation axé sur les besoins des résidents souffrant de dépression ou de troubles comportementaux. En théorie, un praticien de l'établissement dirige ce programme, y compris l'élaboration et la mise en application de pratiques exemplaires. [C]

L'ESLD doit se doter d'un protocole écrit concernant l'administration de médicaments par les auxiliaires. [D]

L'ESLD prévoit des lignes directrices écrites sur l'utilisation des mesures de contention. [D]

Recommandations : Considérations systémiques (p. 41 – 42)

L'ESLD devrait bénéficier de services de santé mentale dispensés par des praticiens ou une équipe multidisciplinaire possédant de l'expertise en santé mentale gériatrique. [D]

Les administrateurs et les gestionnaires d'ESLD sont en mesure de promouvoir la santé et le mieux-être des résidents âgés auprès des décideurs des administrations publiques municipales, régionales, provinciales et fédérale. [D]

L'ESLD prévoit un mécanisme d'assurance du respect des droits éthiques et légaux du résident âgé. [D]

L'ESLD veille à la planification et à l'affectation des ressources, et au soutien organisationnel et administratif nécessaires à l'application des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires. [D]

L'ESLD surveille et évalue la mise en application des recommandations concernant les pratiques exemplaires. [D]

Partie 1 : Contexte

1.1 Portée des lignes directrices

Dans un but général de promotion de la santé mentale, les présentes lignes directrices entendent aborder les problèmes de santé mentale, y compris les troubles mentaux, que peuvent éprouver les résidents âgés des établissements de soins de longue durée (ESLD). Elles portent plus précisément sur les symptômes dépressifs ou comportementaux, tout en formulant des recommandations axées sur la prise en charge générale et des aspects systémiques, ainsi que sur l'évaluation et le traitement des symptômes dépressifs et comportementaux

1.2 Population cible : les personnes âgées qui résident dans un établissement de soins de longue durée

Au fil du vieillissement de la population dans les pays industrialisés, le nombre de personnes âgées hébergées en ESLD s'est accru considérablement. Au Canada, ce nombre est passé de 203 000 en 1986 à 240 000 en 1996 selon les données statistiques de 1999 de la Division du vieillissement et des aînés, et il ne cesse d'augmenter. En 2021, les aînés représenteront 18 % de la population, et ils seront au nombre de 6,7 millions (Santé Canada, 1999). D'après les prévisions, le nombre de lits en ESLD aura triplé, voir quadruplé, en 2031. Le segment de la population à la croissance la plus rapide est celui des personnes âgées de 85 ans ou plus, et ce sont les personnes qui nécessiteront fort probablement le plus des SLD. Statistique Canada révèle que 38 % des femmes âgées de 85 ans ou plus vivaient dans un établissement en 1996, comparativement à 24 % des hommes du même groupe d'âge (Santé Canada, 2002).

Au pays, le taux de placement en établissement varie d'une province à une autre. Il est plus bas en Colombie-Britannique, où 5,4 % des aînés résident dans un établissement (Santé Canada, 1999). À l'opposé, le placement de personnes âgées en établissement est fréquent au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta. Les données statistiques du Québec indiquent que beaucoup d'aînés de la province résident dans un établissement religieux (Santé Canada, 1999). Dans le monde, les principales tendances concernant les centres d'hébergement et de soins de longue durée veulent que a) la taille des établissements augmente, b) des soins de plus en plus actifs sont offerts, c) la proportion des résidents souffrant de démence et d'un déficit cognitif grave s'accroît, d) le nombre de résidents présentant des troubles mentaux et comportementaux augmente, e) certains pays établissent des normes et adoptent des lois à cet égard et f) les ESLD s'humanisent en optimisant leur cadre physique et leur milieu social.

Comme l'illustrent des données probantes, la majorité des résidents âgés des centres d'hébergement et de soins de longue durée souffrent d'une incapacité à divers degrés et nécessitent beaucoup de soins et d'aide. L'enquête américaine menée dans ces établissements en 1995 révèle que 96,9 % des résidents ne peuvent accomplir seul au moins une activité de la vie quotidi-

enne, plus précisément 96 % d'entre eux au moment du bain, 86 % pour se vêtir, 58 % pour les soins d'hygiène et 45 % pour se nourrir (*National Center for Health Statistics*, États-Unis, 1997). En outre, des faits démontrent que l'incapacité de la personne âgée à exécuter les activités de la vie quotidienne pèse lourd dans la balance au moment de prendre la décision de placement en établissement.

1.3 Prévalence des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux en établissement de soins de longue durée

La documentation laisse entrevoir que la prévalence des troubles mentaux en ESLD est très élevée. Des études récentes de méthodologie rigoureuse font état de taux de prévalence oscillant entre 80 % et 90 %. Ainsi, l'étude de Rovner (1990), l'une des plus rigoureuse, fait ressortir que 454 admissions consécutives en centre d'hébergement et de soins de longue durée sont caractérisées par la présence d'un trouble mental précis. Plus des deux tiers des résidents souffrent de démence, 10 % d'un trouble affectif et 2,4 % de schizophrénie ou d'une autre maladie mentale. Parmi les résidents atteints de démence, 40 % souffrent également de complications mentales comme la dépression, la présence d'hallucinations ou de délire.

La dépression est très fréquente en ESLD. En fait, des études dévoilent que de 15 % à 25 % des résidents de ces établissements présentent des symptômes de dépression majeure, tandis que 25 % manifestent des symptômes dépressifs moins graves (Ames, 1990; Katz, 1989). Selon les estimations, l'incidence des cas de dépression nouvellement diagnostiqués serait de 12 % à 14 % par an, il s'agit d'une dépression majeure dans environ la moitié des cas. En outre, des études de suivi auprès de résidents souffrant de dépression légère révèlent que nombre d'entre eux verront leur maladie s'aggraver au fil du temps. Le diagnostic de dépression est difficile à confirmer, particulièrement chez des personnes qui souffrent également de démence ou d'une maladie physique chronique. Des faits démontrent que la dépression peut empirer beaucoup la détérioration de l'état de santé général de la personne âgée. En effet, la personne déprimée qui mange et boit moins est à risque de sous alimentation, de déshydratation, de perte de poids et d'une diminution de sa résistance immunitaire. Des études mentionnent également que la dépression est associée à une hausse du taux de mortalité en ESLD, le risque relatif variant de 1,5 à 3, par rapport aux personnes qui ne souffrent pas de dépression (Borson et Fletcher, 1996).

La prévalence de la psychose chez les résidents en établissement de soins prolongés serait de l'ordre de 12 % à 21 % selon le mode d'évaluation des symptômes psychotiques. Une étude révèle que 21 % des résidents nouvellement admis présentaient des épisodes de délire (Morriss, 1990). Chez la personne âgée, le diagnostic différentiel de la psychose doit tenir compte de nombreux troubles allant de la schizophrénie au trouble délirant en passant par les troubles de l'humeur et l'épisode de

délirium. Malgré que les résidents souffrant de schizophrénie soient peu nombreux, ce trouble est particulièrement difficile à traiter en ESLD. Des personnes âgées atteintes de schizophrénie depuis leur jeune âge ont vécu d'abord en établissement psychiatrique avant d'être placées en ESLD, là où les ressources en santé mentale sont en général limitées.

Les personnes atteintes de démence présentent des déficits cognitifs, habituellement une atteinte mnésique et une altération d'au moins un autre domaine cognitif. Outre les troubles de mémoire, nombre de résidents atteints de démence présentent également des symptômes comportementaux, notamment de l'agitation, de l'agressivité, de l'errance et des comportements bizarres ou répétitifs, des cris, une désinhibition comportementale et des comportements sexuels inappropriés. L'agitation a été définie comme étant " une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée qui ne découle pas de besoins manifestes ou de la confusion " (Cohen-Mansfield et Billig, 1986). Les comportements agités sont classés en trois catégories, les comportements perturbateurs mais non agressifs, les comportements inappropriés du point de vue social et les comportements agressifs. L'agressivité peut être définie comme étant une manifestation hostile dirigée contre soi, autrui ou des objets, et elle peut être physique, verbale ou sexuelle. L'examen de la documentation sur la prévalence des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence fait ressortir des taux médians de 40 % pour l'agitation générale, de 24 % pour l'agressivité verbale et de 14 % pour l'agressivité physique (Tariot et Blazina, 1994). Les personnes qui présentent des signes de confusion aiguë peuvent souffrir de délirium, trouble habituellement réversible provoqué par une maladie physique ou des médicaments. En période de délirium, le patient peut être soit extrêmement agité, soit replié sur lui et somnolent jusqu'à la stupeur. Pour plus de renseignements sur le délirium, le lecteur est prié de consulter les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge du délirium* (CCSMPA, 2006).

Des études mettent en évidence la disponibilité restreinte des services psychiatriques et des services en santé mentale offerts aux résidents des ESLD au Canada malgré la prévalence élevée des troubles mentaux dans ces établissements (Conn et Silver, 1998; Conn, 1992).

1.4 Principes et hypothèses balisant la prise en charge des résidents en ESLD

Les recommandations présentées ici sont fondées sur les principes et les hypothèses qui devraient baliser les soins dispensés aux résidents en ESLD. Ces principes et hypothèses sont très importants, et ils favoriseront la santé mentale de tous les résidents, qu'ils souffrent ou non de problèmes de santé mentale ou de troubles mentaux.

Principes

Les principes suivant devraient sous-tendre la prestation des soins en ESLD. Ils s'inscrivent dans la lignée d'autres principes

établis en consultant périodiquement les aînés, les aidants naturels, les bénévoles, les gérontopsychiatres, les professionnels de la santé et les organisations vouées à la défense des intérêts des personnes âgées ou des personnes vulnérables devant les problèmes de santé mentale (AGS/AAGP, 2003; ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2002; RNAO, 2004).

- Les résidents bénéficient de soins personnalisés, centrés sur la personne et, dans la mesure du possible, qui respectent leur autonomie.
- La famille est considérée comme un élément fondamental du système de soutien social du résident et elle doit pouvoir jouer un rôle d'accompagnement et de soutien dans l'ESLD.
- La prestation des soins s'inscrit dans une démarche intégrée conçue en fonction des besoins biologiques, psychologiques et sociaux du résident. Dans une telle démarche biopsychosociale, la maladie n'est pas l'axe d'intérêt, c'est plutôt la personne, avec ses forces et ses limites, dans son milieu social et physique.
- L'ESLD baigne dans une culture fondée sur les principes de la réadaptation psychosociale pour optimiser la qualité de vie des résidents. La réadaptation psychosociale insiste sur l'importance de la participation du résident à ses soins personnels et à l'atteinte de ses objectifs de vie. Cette culture repose sur la promotion de la santé et des services thérapeutiques destinés à permettre aux résidents de prendre en charge leurs symptômes et de consolider leurs capacités.
- L'ESLD s'emploie à offrir un milieu physique et social propice au soutien et à l'entraide, qui s'adapte aux besoins changeants des résidents, afin de préserver le fonctionnement malgré la détérioration de l'état fonctionnel manifeste dans la démence par exemple. Un tel milieu valorise davantage les relations personnelles que l'exécution des tâches.
- La prévention est de mise, notamment par des stratégies de maintien du mieux-être et des interventions hâtives devant des problèmes et des troubles de santé mentale. Ces mesures préventives sont incorporées au contenu des programmes de formation destinés aux professionnels de la santé et aux aidants naturels.
- Tous les membres du personnel, sans égard à leur discipline ou à leurs fonctions, doivent être encouragés à actualiser leurs connaissances et aptitudes, afin d'être en mesure de dispenser les soins en toute compétence.

Hypothèses

Les ESLD ne sont pas sur un pied d'égalité quant à la taille, la structure, les ressources et l'organisation des services. Ils ont toutefois en commun le fait d'offrir l'hébergement et des services de santé à des personnes en perte d'autonomie nécessitant un milieu physique et social de soutien. Voici les hypothèses concernant les ESLD sur lesquelles reposent les présentes lignes directrices.

But de la prise en charge : le but principal de la prise en charge des personnes en ESLD consiste à veiller au bien-être général et

à la qualité de vie, ce qui suppose de combler leurs besoins personnels, même quand ces besoins ne sont pas évidents comme c'est le cas chez les personnes souffrant de démence ou de certains troubles mentaux. *Par conséquent, l'une des hypothèses fondamentales ici veut que la prise en charge des aînés en ESLD s'attarde à la fois à la santé mentale et à la maladie mentale.*

Diversité : Le résident est une personne unique qui doit bénéficier d'une prestation de soins personnalisée. Il est entendu que la population cible est formée d'un groupe hétérogène, non seulement sur le plan de l'âge, qui varie de 65 ans à plus de 100 ans, mais également sur les plans de la culture, de l'origine ethnique, de la race et de l'orientation sexuelle. Au vu des connaissances actuelles, nous n'avons pas formulé de recommandations en fonction de sous-groupes de cette population. Même si ces aspects particuliers ne sont pas abordés ici, il va de soi que les prestataires de soins se doivent de cerner les besoins particuliers de leurs patients et d'adapter en conséquence les présentes lignes directrices.

Ressources : La prestation des services au pays est fonction de la législation particulière des provinces et territoires et des ressources disponibles, qui diffèrent selon que l'on est au nord ou au sud, en région urbaine ou en région rurale. Ainsi, la disponibilité des professionnels de la santé et les tâches qu'ils exécutent, les ressources secondaires ou tertiaires, et l'accès aux spécialistes varient. Les présentes lignes directrices reposent sur l'hypothèse fondamentale que la promotion de la santé mentale et la prise en charge des problèmes de santé mentale, y compris des troubles mentaux, pour être efficaces nécessitent l'intervention d'une équipe interdisciplinaire. Proposer des critères de composition de l'équipe interdisciplinaire en ESLD ou traiter de la question épineuse des ressources disponibles sont hors de propos ici. Néanmoins, l'équipe interdisciplinaire demeure, à nos yeux, centrale dans la mise en oeuvre des recommandations en matière de pratiques exemplaires.

Relations : De nombreux résidents entretiennent des relations suivies avec des membres de leur famille et des personnes qui leur sont proches. Ces relations sont primordiales au maintien de la santé mentale des résidents, et devraient être favorisées par le personnel de l'établissement, qui s'empressera d'informer ces personnes des procédures qui les concernent, notamment au sujet des heures de visites ou du régime alimentaire.

L'établissement encourage les membres de la famille et les personnes significatives à participer aux soins de leur proche selon des modalités mutuellement acceptables et bénéfiques. La participation peut prendre diverses formes. Par exemple, des membres de la famille participeront directement à la dispensation des soins et services, comme aux repas, tandis que d'autres participeront aux conseils de famille, afin d'exprimer l'opinion de la famille sur les soins et services.

Des membres de la famille ou d'autres personnes nécessiteront le soutien émotionnel du personnel. S'enquérir de ce que le membre de la famille ou la personne significative connaît de la situation et échanger de l'information le cas échéant sont des signes de respect. De l'aide structurée ou le renvoi vers des services de soutien sont proposés au besoin.

En outre, les interactions entre les résidents et le personnel revêtent une importance cruciale dans la promotion de la santé mentale des résidents. Pour bien des résidents, les prestataires de soins sont la principale source de contacts sociaux et émotionnels. Les interactions qui tiennent compte de la personnalité propre du résident, empreintes de respect, de bienveillance et de chaleur, favorisent la santé mentale.

Milieu : L'ESLD est une communauté fermée, regroupant une population distinctive. Autre hypothèse fondamentale ici, le milieu (social et physique) constitue un déterminant important de l'évolution de l'état psychosocial et sanitaire des résidents, bénéfique ou néfaste pour la santé mentale.

Partie 2 : Prise en charge générale

2.1 Introduction

Dans les présentes lignes directrices, les soins destinés aux résidents en ESLD se répartissent en deux catégories générales : 1) les soins ayant trait aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et 2) la prise en charge des symptômes et des maladies. La présente section porte sur les constatations de la recherche concernant la prestation des soins liés aux AVQ, notamment les soins ayant pour objet de combler les besoins physiologiques, comme manger, boire, se laver et dormir, et les activités d'hygiène. D'autres sections aborderont l'évaluation et la prise en charge des symptômes, plus particulièrement les symptômes dépressifs et comportementaux.

Le respect de la diversité culturelle, de la dignité et des relations personnelles, ainsi que l'équité et la justice sociale constituent des éléments essentiels de la promotion de la santé mentale en ESLD (gouvernement du Canada, 2005). L'établissement de relations, l'organisation des services, l'aménagement du milieu physique et social et des stratégies de soins efficaces sont les principaux instruments de la promotion de la santé mentale des aînés qui résident en ESLD.

Pour créer un climat propice à des interventions et à des soins véritablement efficaces, les éléments suivants sont absolument essentiels : nouer des rapports réels, connaître la personne, cerner les aptitudes intactes et aménager les milieux social et physique (McGilton, 2006; RNAO, 2004).

Entretenir des rapports empathiques avec le résident suppose que le prestataire de soins demeure avec le résident pendant la prestation des soins, adapte la cadence d'exécution en fonction du rythme de la personne et accomplit les soins dans une visée qui déborde de la seule tâche (Brown, 1995; McGilton, 2004).

Dans la prestation des soins, l'excellence est à la portée du prestataire qui connaît la personne et ses préférences et qui évalue constamment la réaction de la personne pour s'y adapter dans ses interactions et interventions.

Connaître la personne, c'est communiquer avec elle pour en savoir davantage sur sa vie. Pour ce faire, il peut être nécessaire de s'entretenir avec des membres de la famille. Le caractère unique de la personne déterminera les activités et les interventions qui sont pour elle attrayantes ou agréables. Connaître la personne, c'est également cerner sa culture et son point de vue sur le monde.

La prestation des soins est en outre modulée selon les aptitudes intactes de la personne en matière de soins personnels et dans les domaines social, interactionnel et interprétatif. Miser sur les aptitudes encore intactes est le préalable à la prévention de l'incapacité générale et à la réussite des interventions de soins (Dawson, 1993). L'évaluation des aptitudes intactes du résident déterminera l'ampleur des soins à dispenser pour compenser le recul fonctionnel. Il importe de tenir compte du

milieu physique dans cette évaluation puisque certains milieux sont conçus pour atténuer les effets de la détérioration fonctionnelle, tandis que d'autres multiplient les difficultés à cet égard (Teresi, 2000).

Bien que la recherche se soit concentrée sur la prestation des soins aux résidents d'ESLD souffrant de démence, nous sommes d'avis que les mêmes principes s'appliquent quand des maladies physiques ou mentales sont les principaux diagnostics qui justifient des soins de longue durée en établissement.

Les résidents souffrant de maladies physiques et mentales manifestent de multiples symptômes divers, dont des troubles de mémoire, de la désorientation, une diminution de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne comme manger, se laver et se vêtir, ainsi que des symptômes mentaux et comportementaux, telles l'agitation, la dépression et la psychose (Quizilbash, 2002; Tilly et Reed, 2004).

Il faut savoir que des comportements non verbaux, tels l'agitation, l'instabilité psychomotrice, l'agressivité et l'humeur belliqueuse, peuvent découler de besoins insatisfaits comme la faim, la soif, la douleur ou le besoin de se laver. Si tel est le cas, le prestataire de soins doit s'employer à combler ces besoins. Les recommandations sur la prise en charge générale présentées ici sont axées sur la prévention et l'atténuation des symptômes comportementaux qui sont la manifestation de besoins insatisfaits. Ces recommandations s'accompagnent de la mise en garde voulant qu'il soit primordial d'évaluer les facteurs déclenchant les manifestations comportementales, dont les problèmes et les troubles de santé mentale, ainsi que les troubles et les maladies physiques, et de saisir leur influence.

Les stratégies non médicamenteuses dont il est question ici, exercent un effet démontré d'atténuation des symptômes comportementaux. Pour que la mise en application de ces recommandations soit efficace, le prestataire de soins se doit d'évaluer minutieusement les capacités intactes et de connaître les préférences de la personne. La nature des liens qu'établira le prestataire des soins avec le résident dans la mise en œuvre des recommandations et sa capacité à aménager les milieux social et physique au besoin, amélioreront la probabilité d'obtenir les résultats voulus.

2.2 Analyse et recommandations

La première recommandation constitue le fondement de toutes les autres.

Recommandation : Prise en charge générale – participation de la famille

Encourager et soutenir la participation de la famille à la vie du résident âgé avec une approche éducative, notamment pour la prise de décision le cas échéant. [C]

Les familles participent depuis toujours à la prestation des soins, mais ce rôle est pris en compte depuis peu seulement par les praticiens dans le domaine de la santé (Byers, 1997). Une fois le proche placé en établissement, les membres de la famille ont parfois peine à trouver leur place dans ce nouveau contexte. Kelly et ses collègues ont conçu un protocole fondé sur des données probantes visant la formation d'un partenariat avec les membres de la famille (1999). La participation de la famille aux soins des personnes en ESLD est prévue dans un programme destiné aux familles et aux aidants naturels en partenariat avec les prestataires de soins (Kelly, 1999). Les grands objectifs du protocole consistent à offrir des soins de qualité aux personnes atteintes de démence et à appuyer les membres de la famille par de l'entraide, de l'éducation et de la collaboration, afin que la participation de la famille soit réelle et gratifiante quel que soit le milieu de soins.

Quoique la plupart des réseaux soient formés de membres de la famille, les amis et les voisins peuvent également jouer un rôle de soutien. La recherche devra se pencher sur la nature des interactions, afin que l'équipe infirmière connaisse mieux la structure de collaboration entre l'usager, la famille et les soignants, et pour favoriser l'évolution optimale de l'état de santé des résidents (Dalton, 2003).

Recommandation : Prise en charge générale – plan de soins

Personnaliser le plan de soins en tenant compte des recommandations et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. [D]

Les lignes directrices et recommandations en matière de pratiques exemplaires, à l'instar de celles présentées ici, constituent un cadre de référence général de l'élaboration du plan de soins destiné à répondre aux besoins du résident. Nous insistons cependant sur l'importance d'une prestation de soins personnalisée, axée sur l'usager, dans le respect de la diversité et avec la participation de la famille, et sur le caractère primordial de la formation et des qualifications des prestataires de soins.

Les recommandations en matière de pratiques exemplaires sont mises en application en prenant en considération les renseignements personnels communiqués par le résident de sorte que le plan de soins est élaboré en fonction du rythme, du mode de vie, de la culture et des préférences du résident. Cette démarche est d'autant plus importante si l'on veut prévenir l'apparition de symptômes comportementaux provoqués par la crainte, la frustration ou la perturbation du mode de vie habituel du résident. *Afin d'optimiser la personnalisation du plan de soins, l'équipe soignante de l'ESLD doit connaître notamment l'histoire médicale, l'histoire sociale, les goûts et les aversions du résident, ce qui revêt de l'importance pour lui, ainsi que ses antécédents en matière de symptômes comportementaux et les stratégies de soins mises en oeuvre auparavant.*

L'équipe soignante établit des rapports avec le résident aîné qui prennent en compte ses besoins physiologiques, psychosociaux, développementaux et spirituels. Quand l'équipe soignante connaît non seulement l'histoire médicale, mais également l'histoire sociale du résident, elle est mieux en mesure d'adopter une attitude neutre, appropriée, devant les problèmes que pose le résident en ESLD (Hillman, 2001). Cette information est également utile pour cerner l'origine des comportements problématiques et concevoir des activités destinées aux résidents souffrant de démence (Sloane et Gleason, 1999).

En examinant les interventions d'aides-soignants auprès de résidents souffrant de démence et manifestant de l'agressivité, Anderson (1998) constate que les interventions efficaces ont en commun quatre éléments : l'expérience et les valeurs interpersonnelles, et l'attitude des aides-soignants, le travail d'équipe et la connaissance des résidents. C'est ainsi que les aides-soignants ont pu établir des rapports réels et chaleureux avec les résidents et appliquer des interventions personnalisées dans un souci de sécurité, de dignité et de soutien.

Recommandation : Prise en charge générale – communication

Appliquer des stratégies qui favorisent la communication entre les prestataires de soins et les résidents. [B]

Pour déterminer la nécessité d'une stratégie de promotion de la communication entre les prestataires de soins et les résidents :

- Évaluer les aptitudes verbales, soit les capacités réceptive et expressive, à l'aide des instruments de l'Institut Hartford des sciences infirmières gériatriques (Frazier-Rios et Zembrzuski, 2004).
- Évaluer la capacité de communication du résident selon le Guide d'évaluation des aptitudes interactionnelles de Dawson et ses collègues (1993).
- Évaluer les effets du vieillissement normal, comme la perte d'acuité auditive et visuelle, susceptibles d'altérer la capacité du résident à communiquer efficacement.
- Évaluer les aptitudes verbales et le mode de communication du résident en collaboration avec des membres de la famille ou de proches.

Les conseils pratiques ci-dessous peuvent être utiles aux prestataires de soins, qui doivent en outre tenir compte de la progression de la maladie et des aptitudes intactes du résident.

- S'identifier chaque fois qu'il interagit avec le résident.
- Mettre à la disposition du résident un aide mémoire personnalisé renfermant des renseignements sur lui-même, des indications pour favoriser l'orientation et l'horaire quotidien. La reliure peut renfermer des photographies, des directives sur le bain, ainsi que de l'information particulière sur les problèmes comportementaux (Burgio, 2001).
- S'exprimer par des phrases simples et brèves; parler lentement; poser une question à la fois ou préciser une directive à la fois; aborder le résident de face par des gestes mesurés; regarder le résident dans les yeux; éliminer les sources de dis-

traction, comme la télévision ou la radio; ne pas interrompre le résident et lui permettre de répondre à son rythme; poser des questions dont la réponse est oui ou non; encourager la périphrase (demander au résident de s'exprimer dans ses propres mots); réitérer ses propos dans la même formulation et en d'autres mots (Small, 2003).

- Supplémenter la communication orale par des gestes et des indications qui précisent le propos.
- Écouter le résident lui relater son expérience et tenir compte de ses émotions, tout en manifestant de la compréhension et de l'ouverture devant ses choix.
- Étoffer les directives, mettre en pratique et offrir des points de repère quand le résident est incapable de se rappeler d'une consigne en trois étapes (Cohen-Mansfield, 2005).
- Dans la communication orale avec un résident, se rappeler que l'attitude à l'égard du résident, à savoir le respect et un ton calme, influencera le déroulement et l'issue de l'interaction (McGilton, 2004).
- Devant des obstacles à la communication, prendre l'initiative d'élaborer un plan de communication où le résident devient un partenaire éclairé dans la prestation des soins. Le plan peut comporter des stratégies verbales comme des stratégies non verbales.
- Faire appel à un interprète peut être utile quand la langue du résident n'est pas la nôtre. Si un interprète intervient pour communiquer avec le résident, le prestataire de soins doit préciser certains aspects, notamment le fait que l'information traduite par l'interprète est confidentielle et l'obligation pour l'interprète de répéter exactement ce que le résident et le prestataire de soins disent.

Le déficit cognitif et les troubles comportementaux de la personne souffrant de démence entravent sa capacité de communiquer. Les conseils ci-dessus ont pour objectif de rendre la conversation compréhensible pour le résident (Hall et Buckwalter, 1991)^{iv}. Burgener et ses collègues (1992) ont relevé les attitudes du prestataire de soins devant une personne âgée au comportement dysfonctionnel. Ils ont établi un lien entre l'attitude détendue et souriante du prestataire de soins et le comportement calme et fonctionnel de l'ainé. L'aide-mémoire destiné à la personne souffrant de démence s'avère efficace pour améliorer le caractère instructif et l'exactitude de sa conversation et diminuer l'ambiguïté et l'instabilité psychomotrice (Bourgeois et Mason, 1996). Des aides à la communication peuvent pallier au déficit cognitif et atténuer le comportement perturbateur et l'agitation. De la formation en communication offerte aux prestataires de soins améliore les attitudes en communication et se révèle une mesure durable au fil du temps si elle est associée à un programme de motivation des prestataires (Burgio, 2004)^{ia}.

Il est facile de comprendre qu'un résident dont les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits puisse exprimer son malaise par un comportement inhabituel. À l'avenir, la recherche devrait se concentrer avant tout sur l'étude de moyens pour aider le résident à mieux se nourrir, boire, se vêtir, prendre son bain, voir à son hygiène personnelle et dormir (Tilley et Reed, 2004). Ce que nous savons à ce sujet est abordé ci-après.

Les chercheurs devraient également se pencher sur la façon d'appliquer les données probantes les plus concluantes en pratique. En effet, la recherche est muette sur la transposition du savoir dans le contexte particulier de l'ESLD. Il serait sans doute hasardeux d'appliquer les constatations d'études menées en milieux de soins actifs avant qu'il ne soit établi que cette transposition des connaissances soit judicieuse concrètement.

Recommandation : Prise en charge générale – se vêtir

Aider le résident à se vêtir dans le cadre d'une démarche personnalisée. [B]

Pour déterminer les aptitudes intactes et la nature du soutien nécessaire :

- Évaluer les résidents chez qui la démence a été diagnostiquée ou est soupçonnée.
- Évaluer les aptitudes intactes du résident à l'aide d'une échelle comme *Abilities Assessment Instrument* (AAI) (Dawson, 1998). L'échelle AAI évalue les soins personnels et les aptitudes sociales, interactionnelles et interprétatives du résident, aptitudes qui influenceront sa capacité à se vêtir.

Les aptitudes à prendre soin de soi affaiblies par la démence au point d'entraver la capacité à se vêtir ont trait aux mouvements volontaires des doigts et des bras, à l'orientation spatiale, à la capacité de reconnaître les points de repère habituels et aux mouvements intentionnels. Plus précisément, les aptitudes mises à rude épreuve dans la démence, cernées par Dawson (1993)^{iv}, concernent la capacité de prendre soin de soi-même et les domaines social, interactionnel et interprétatif.

Les mesures particulières d'aide à l'habillement seront déterminées en fonction des aptitudes intactes comme suit :

- La précision d'indications appropriées comme la consigne orale gauche ou droite. Ainsi, pendant l'habillement, demander au résident de mettre son pied droit dans la chaussure.
- Présenter les vêtements dans un ordre séquentiel qui favorise l'autonomie du résident (Day, 2000)ⁱⁱⁱ.
- Éviter la stimulation des réflexes primitifs, le réflexe d'agrippement, par exemple.
- Offrir des directives pas à pas dans l'habillement.
- Dans la mesure du possible, voir à ce que le résident s'habille debout afin que l'attraction gravitationnelle favorise l'extension des doigts pour enfiler plus facilement une chemise, une robe ou un veston.
- Dans la simplification de la tâche, miser sur les aptitudes et faciliter l'exécution des AVQ (Beck, 1997; Wells et Dawson, 2000)ⁱⁱ.

Il existe une intervention efficace pour améliorer la participation active aux AVQ et diminuer les comportements perturbateurs des résidents accusant un déficit cognitif profond et une incapacité fonctionnelle marquée (Rogers, 1999)^{iv}. L'intervention a été conçue d'après la connaissance du résident et une évaluation professionnelle, fonctionnelle et de la communication approfondie. Elle a permis d'atténuer les comportements

perturbateurs, malgré que la tâche ait été plus exigeante, parce que le résident devait se conformer à des consignes réalistes, qui lui ont été communiquées de façon à ce qu'il comprenne.

Le plan de soins qui mise sur les aptitudes du résident peut empêcher la survenue d'une incapacité générale, donc préserver la qualité de vie du résident (Dawson, 1993)IV. Des résidents bénéficiant de soins matinaux dispensés par des prestataires, dans le cadre d'une démarche fondée sur les aptitudes, ont démontré une attitude d'ouverture dans l'interaction avec le prestataire de soins, avec moins d'agitation et présence d'une capacité fonctionnelle plus élevée (Wells et Dawson, 2000)^{II}.

Recommandation : Prise en charge générale – le bain

Concevoir un protocole personnalisé à l'intention de chacun des résidents dans l'objectif d'atténuer le plus possible l'affect négatif et de susciter un sentiment de bien-être durant le bain. [A]

Le bain est bénéfique pour tous les résidents de l'ESLD. Les interventions suivantes peuvent être utiles pendant le bain pour diminuer l'agitation, l'irritabilité ou l'anxiété :

- Couvrir le résident d'une serviette par souci d'intimité et pour éviter le refroidissement (Sloane, 2004).
- Offrir des choix au résident.
- Utiliser les produits proposés par la famille.
- Éviter les produits de rinçage (Sloane, 2004).
- Adapter le débit de la douche.
- Décrire la procédure avant et pendant le bain (Mickus, 2002).
- Rassurer le résident, lui dire qu'il est en sécurité et qu'il n'est pas seul (Mickus, 2002).
- Commencer le bain par les zones les moins sensibles et le terminer par le lavage des cheveux.
- Utiliser des techniques de distraction, comme de la musique relaxante, chanter, parler, offrir des aliments ou des friandises.
- Après le bain, masser doucement le résident avec une lotion hydratante.
- Noter dans le plan de soins les façons de faire agréables pour le résident, afin que les autres prestataires de soins s'y prennent de la même manière.
- Faire écouter au résident sa musique préférée, ce qui pourrait réduire la fréquence des comportements perturbateurs (Clark, 1998).

Le bain en vertu d'une procédure centrée sur la personne amène une diminution de l'agitation et d'autres réactions comportementales (Sloane, 2004)^b. La documentation confirme l'utilité du bain en tant qu'intervention apaisante et relaxante, susceptible de procurer une sensation de bien-être, sans compter qu'il est bénéfique des points de vue de l'hygiène personnelle et du contrôle des infections (Sloane, 2004)^b. Le bain est une source de nombreux stressors qui provoquent de l'agitation et d'autres problèmes comportementaux, qui sont en fait des réactions normales (Schindel Martin, 1998, cité par Thiru-Chelvam, 2004). Ces réactions découlent d'un danger

perçu, d'activités inhabituelles, du souvenir d'un traumatisme antérieur, d'une sensation désagréable (chaud ou froid), de la confusion, de la perception fautive selon laquelle le prestataire est dangereux ou inutile, du dégoût du toucher ou de la violation de l'intimité, de la frustration générée par la détérioration des aptitudes ou de l'insatisfaction de besoins personnels (Thiru-Chelvam, 2004). Si le bain se déroule dans un climat d'intimité, de réconfort, de communication, de distraction et d'observation, l'irritabilité et l'anxiété du résident s'estompent (Mickus, 2002)^{III}.

Recommandation : Prise en charge – activités

Répartir tout au long de la journée les activités auxquelles participe le résident et en modérer le rythme. [B]

Afin de déterminer pour qui la répartition et la modération du rythme des activités seront bénéfiques :

- Évaluer le déficit cognitif à l'aide d'un instrument validé comme le *mini-examen de l'état mental* (MMSE) (Kovach, 2004). La répartition des soins tout au long de la journée est utile chez la personne souffrant de démence légère ou modérée, selon le MMSE (Kovach, 2004).
- Mesurer l'état d'alerte et l'agitation aux 15 minutes de 8 h à 20 h pendant une journée (Kovach, 2004).
- Cette évaluation ne devrait pas avoir lieu une journée où des activités susceptibles de provoquer de la confusion sont prévues, comme le jour du bain, le jour de la consultation médicale mensuelle ou la journée d'un test ou d'un examen.
- Quand les activités quotidiennes prévues supposent une période d'alerte plus longue que 1,5 heure, il y a un risque de déséquilibre de la fonction d'alerte. Cette constatation est issue de deux études pilotes, l'une qui s'est déroulée dans un ESLD, l'autre dans un établissement de soins actifs (Kovach et Schlidt, 2001; Kovach et Wells, 2002).
- Des périodes d'alerte de plus de 2,5 heures peuvent provoquer un grand déséquilibre.

Le déséquilibre de la fonction d'alerte traduit le déséquilibre entre des activités de stimulation sensorielle et des activités d'apaisement sensoriel. Il convient alors de modifier l'horaire des activités quotidiennes, notamment comme suit :

- Restreindre les périodes de déséquilibre de la fonction d'alerte, les éviter en théorie. Il peut être nécessaire d'ajouter ou de supprimer des activités de l'horaire du résident.
- Tenir compte des besoins et des préférences du résident dans la mesure du possible

Suite à la modification de l'horaire des activités du résident, observer l'état d'alerte ou d'agitation du résident aux 15 minutes pendant 12 heures.

Adapter le rythme de déroulement des activités diminue l'agitation et favorise l'équilibre sensoriel, soit le degré optimal de variation sensorielle, de la personne souffrant de démence (Kovach, 2004)^{IIa}, et peut réduire l'agitation et d'autres problèmes comportementaux du résident en ESLD. Un trop grand nombre de stimuli externes, comme l'insuffisance de stimuli

physiques et sociaux, sont des facteurs de risque d'agitation chez la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles connexes (McGonigal-Kenney et Shutt, 2004)^{11a}.

Recommandation : Prise en charge générale – les repas

Prévoir des activités de soins aux repas pour favoriser l'alimentation et prévenir des comportements susceptibles d'entraver la satisfaction des besoins nutritionnels et sociaux. [D]

Afin de déterminer pour qui des activités de soins aux repas seront bénéfiques :

- Évaluer la capacité du résident à amorcer la séquence et à poursuivre des actions simples ou complexes et sa capacité à utiliser des ustensiles.
- Ces capacités peuvent être évaluées avec fiabilité à l'aide de Feeding Abilities Assessment (FAI) (LeClerc, 2004)^{11a}.
- Administrer le FAI à l'endroit et aux moments habituels des repas du résident.
- Évaluer la vue, l'audition et la santé buccale du résident.
- Déterminer si le goût a été altéré par des médicaments.
- Évaluer si la douleur est maîtrisée de façon appropriée le cas échéant.

Voici des interventions utiles :

- Faire en sorte que la salle à manger soit calme et petite, et que le niveau d'activité soit réduit au minimum.
- Assurer un éclairage général sans éblouissement.
- Accorder de l'importance à la présentation des aliments. Ceux-ci doivent être attrayants, faciles à reconnaître et de belle apparence, et dégager une bonne odeur. Éviter les purées quand le résident peut mastiquer (Wells et Dawson, 2000).
- Ouvrir les contenants cartonnés, déballer les aliments et retirer les os.

- La vaisselle est d'une couleur qui permet de la distinguer de la table ou de la nappe.
- Couper les aliments avant de les servir.
- Offrir des indications manuelles au résident (Roberts et Durnbaugh, 2002).
- Espacer les résidents les uns des autres.
- Dire et redire au résident de manger lentement et de bien mastiquer (Roberts et Durnbaugh, 2002).
- Éliminer ce qui n'est pas comestible.
- Promouvoir la stimulation sociale aux repas, notamment en regroupant les convives selon leurs affinités (Roberts et Durnbaugh, 2002).
- Voir à l'hygiène personnelle du résident avant de l'amener à la salle à manger.
- Offrir des choix.
- Modifier la consistance des aliments.
- Diffuser de la musique apaisante.

Les interventions destinées à favoriser l'alimentation permettront de maintenir l'autonomie du résident, de réduire au minimum le risque d'incapacité et d'améliorer les aptitudes du résident (Roberts et Durnbaugh, 2002)^{11b}. La malnutrition est un problème courant en ESLD. Ce danger guette surtout les résidents souffrant d'un déficit cognitif. Ainsi, le résident qui souffre de la maladie d'Alzheimer peut présenter un comportement difficile au repas l'empêchant de se nourrir lui-même (Robert et Durnbaugh, 2002)^{11b}. L'évaluation et l'intervention juste et uniforme de l'équipe soignante aux repas auront pour effet de préserver la capacité du résident à manger de façon autonome, et amélioreront ainsi sa qualité de vie (Roberts et Durnbaugh, 2002)^{11b}. La corrélation entre la malnutrition et la démence est bien connue (Watson, 1989). De même, la douleur non maîtrisée peut provoquer de l'agitation, de l'incapacité à se concentrer sur la tâche à accomplir ou un refus de manger.

Partie 3 : Évaluation des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux

3.1 Introduction:

La présente section des lignes directrices renferme les recommandations sur l'évaluation des symptômes dépressifs et des symptômes comportementaux qui constituent des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux. L'évaluation et le traitement cliniques structurés s'inscrivent dans la lignée des principes, des hypothèses et des recommandations sur la prise en charge générale énoncés à la *partie 1 sur le contexte* et à la *partie 2 sur la prise en charge générale*.

Pour les besoins des présentes lignes directrices, l'évaluation désigne le processus global et continu qui comporte les éléments suivants : (1) le dépistage des symptômes dépressifs et comportementaux; (2) l'investigation structurée en fonction d'objectifs, visant à relever les facteurs déclenchant, perpétuant ou exacerbant les symptômes détectés; (3) l'interprétation des constatations de l'évaluation, *notamment l'établissement d'un diagnostic ferme le cas échéant*; (4) l'évaluation continue de l'évolution de l'état de santé et de l'efficacité pratique du traitement, afin de déterminer la nécessité d'une réévaluation et d'un réexamen des facteurs en cause.

Le protocole d'évaluation implique un cadre de résolution de problèmes qui oriente la démarche intellectuelle. Le protocole encadre la prise de décision afin que l'évaluation soit efficiente tout en étant suffisamment exhaustive pour donner lieu à un plan de soins approprié à un résident en particulier. La suite *interRAI* (y compris le *Minimum Data Set* [MDS]) est un modèle normalisé, étayé de faits démontrés, d'élaboration d'un protocole d'évaluation (Morris, 1995).

Nous supposons ici que l'établissement s'est doté d'un modèle ou d'un protocole d'évaluation général, plutôt que de s'en remettre à une procédure d'évaluation ponctuelle et erratique. Les recommandations sont formulées en fonction des éléments préconisés par le protocole d'évaluation. Il va s'en dire que le protocole d'évaluation appliqué, quel que soit le cas, est axé sur l'utilisateur et rigoureux du point de vue clinique. Il va également de soi que le protocole d'évaluation respecte à la fois les lignes directrices de l'établissement et les exigences réglementaires. La dotation en personnel, les compétences et les qualifications nécessaires à la mise en œuvre d'un protocole d'évaluation efficace sont hors de propos ici. Nous soulignons toutefois leur importance, à l'instar d'autres lignes directrices (AGS/AACP, 2003; RAO, 2003).

Les recommandations présentées ici portent exclusivement sur l'évaluation des symptômes comportementaux et dépressifs en ESLD. Le lecteur est prié de consulter également les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression, Évaluation et prise en charge du délirium et Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide* (CCSMPA, 2006).

3.2 Analyse et recommandations

Recommandation : Évaluation – dépistage

Le protocole d'évaluation de l'établissement précise que le dépistage des symptômes dépressifs et comportementaux aura lieu peu après l'admission et à intervalles réguliers par la suite, ainsi qu'en réaction à un changement important. [C]

Le but du dépistage consiste à déceler des symptômes qui justifieront une investigation approfondie ainsi qu'à accentuer la prévention.

Les avantages et les coûts relatifs associés au dépistage initial et subséquent n'ont pas été établis scientifiquement. Toutefois, un consensus émerge de la documentation sur la pratique médicale quant à l'importance tant du dépistage initial peu après l'admission que du dépistage subséquent à intervalles réguliers, ainsi qu'en réaction à un changement important. Les lignes directrices sur la dépression de l'*American Medical Directors Association* (AMDA) (2003) recommandent le dépistage à l'admission et par la suite en réaction à un changement important. D'autre part, les lignes directrices sur les symptômes dépressifs et comportementaux de l'*American Geriatrics Society* et de l'*American Association of Geriatric Psychiatry* (AGS/AAGP) (2003) préconisent le dépistage des symptômes dépressifs dans les quatre à six semaines de l'admission en ESLD et ensuite aux six mois. Le protocole *MDS*, qui porte sur les symptômes dépressifs et comportementaux, prévoit le dépistage initial dans les deux premières semaines de l'admission, une réévaluation trimestrielle et un dépistage ponctuel en réaction à un changement important (Morris, 1995).

Nous sommes d'avis que l'évaluation du résident doit avoir lieu dès que possible après l'admission. De plus, l'évaluation périodique de la fonction cognitive est préconisée pour déterminer l'efficacité des interventions et constater l'évolution de l'état de santé (APA, 2000a; McCusker, 2003; Rapp, 1998)ⁱⁱ. La surveillance et l'évaluation continues des interventions permettront à l'équipe de réagir de façon appropriée aux besoins changeants du résident et de modifier les interventions en conséquence.

Instruments et échelles de dépistage

Recommandation : Évaluation – dépistage

Des instruments de dépistage appropriés au milieu et à la population sont disponibles pour faciliter le processus de dépistage. [D]

L'ESLD devrait disposer d'échelles d'évaluation symptomatique qui correspondent aux caractéristiques des résidents et du milieu, et à ses ressources.

Voici des instruments de dépistage des *symptômes dépressifs* :

- *L'échelle d'évaluation de la dépression gériatrique* (GDS) (Yesavage, 1982-1983)
- *L'échelle Cornell d'évaluation de la dépression dans la démence* (CSDD) (Alexopoulos, 1988)
- *L'échelle du Centre des études épidémiologiques de la dépression* (CES-D) (Radloff, 1977)
- *Le Minimum Data Set* (MDS) (Morris, 1995)

Les échelles GDS et CES-D sont des échelles d'auto-évaluation, tandis que les questionnaires CSDD et MDS sont remplis à l'aide du compte rendu d'une autre personne. Les différences entre les échelles sur les plans de l'administration et des variables mesurées peuvent expliquer la disparité des constatations d'une échelle à une autre. Par exemple, la comparaison, établie récemment, entre l'échelle GDS et l'échelle MDS administrées à des résidents de centres d'hébergement et de soins de longue durée fait ressortir l'absence de corrélations entre elles, mais également leur fiabilité et leur uniformité internes respectives (Koehler, 2005)ⁱⁱⁱ. La recherche devra se poursuivre pour caractériser les manifestations de la dépression en ESLD et déterminer les aspects de la dépression les mieux mesurés par les échelles disponibles.

Les échelles normalisées de dépistage des *symptômes comportementaux* chez des résidents d'ESLD sont:

- *L'échelle d'évaluation sommaire de l'agitation* (BARS) (Finkel, 1993)
- *L'inventaire Cohen-Mansfield de l'agitation* (CMAI) (Cohen-Mansfield and Billig, 1986)
- *Le Minimum Data Set* (MDS) (Morris et al., 1995).

En outre, des échelles d'évaluation comportementale ont été conçues précisément pour les personnes souffrant de *démence* (prière de se reporter à Memels, 2001 ; ou à Hyer, 2005). Citons notamment :

- *L'échelle d'évaluation de la pathologie comportementale dans la maladie d'Alzheimer* (BEHAVE-AD) (Reisberg et al., 1987).
- *L'échelle d'évaluation des symptômes comportementaux dans la démence* (BSSD) (Devand et al., 1992)
- *L'inventaire neuropsychiatrique* (NPI) (Cummings, 1994)
- *L'échelle Pittsburgh d'évaluation de l'agitation* (PAS) (Rosen et al., 1994).

Les échelles d'évaluation comportementale, à l'image des échelles d'évaluation des symptômes dépressifs, sont axées sur divers comportements et quantifient la fréquence, la durée et la gravité en vertu d'une approche qui leur est propre. Nombre d'entre elles doivent être administrées par un examinateur qualifié, et il n'y a toujours pas de règles d'administration absolues dans ce domaine (Teri, 2005).

Recommandation : Évaluation – dépistage

Le choix de l'instrument de dépistage repose sur les caractéristiques de la situation, telle la capacité du résident à rendre compte des symptômes et la nature du problème. [D]

Le choix de l'instrument de dépistage devrait être dicté par le principe de l'utilité clinique. L'échelle d'auto-évaluation n'est pas appropriée pour le résident incapable de communiquer verbalement ou qui manifeste de la confusion. À l'inverse, il n'est pas approprié de passer outre l'auto-évaluation si elle est applicable sous prétexte de hâter le processus.

La situation clinique peut nécessiter en plus ou en remplacement d'une échelle normalisée, l'application d'une technique personnalisée d'observation comportementale pour dépister les comportements complexes ou atypiques. L'observation et l'analyse comportementales (ou ACC pour antécédents – comportements – conséquences) comme telles débordent du cadre des présentes lignes directrices. Il faut savoir, cependant, que la méthode est bien établie pour évaluer le comportement dans divers milieux, comme les ESLD, et qu'elle devrait figurer dans les outils d'évaluation de l'équipe interdisciplinaire (à ce propos, se reporter à Gibson, 1999 ; Lundervold et Lewin, 1992 ; Rewilak, 2001).

Le protocole de dépistage devrait prévoir l'administration de quelques instruments, l'auto-évaluation, le compte rendu d'une autre personne et l'observation comportementale, afin de déceler de façon optimale les symptômes qui justifient une investigation approfondie et d'optimiser la démarche de prévention.

Recommandation : Évaluation – dépistage

Le dépistage donne lieu à une investigation approfondie des symptômes dépressifs et comportementaux dans des cas bien précis. [D]

Dans des cas précis, le dépistage est le prélude d'une investigation approfondie, structurée selon des objectifs, des symptômes dépressifs et comportementaux. Des protocoles, dont le MDS (Morris, 1995), comportent un algorithme de cheminement. Les lignes directrices sur la dépression (2003) de l'AMDA présentent une procédure de prise de décision clinique fondée sur l'évaluation du risque pour déterminer la pertinence de la surveillance des symptômes ou de l'investigation active. Le protocole d'évaluation prévoit un algorithme de cheminement ou de prise de décision qui facilite la détermination par le clinicien de la nécessité d'une investigation approfondie.

Recommandation : Évaluation – investigation approfondie

Les principaux éléments de l'investigation approfondie sont l'anamnèse et l'examen physique, les épreuves de laboratoire et l'investigation psychologique, l'étude des milieux social et physique et les tests diagnostiques pertinents à la lumière des résultats de l'anamnèse et de l'examen physique, ainsi que l'historique du traitement et de la réponse au traitement. [C]

L'investigation approfondie a pour but de relever les facteurs, y compris des affections précises, qui déclenchent, perpétuent ou

exacerbent les symptômes décelés, en vue de déterminer la prise en charge des symptômes, de maîtriser la maladie, d'améliorer la qualité de vie et de prévenir les problèmes.

L'investigation approfondie repose sur le principe voulant que les symptômes peuvent être la manifestation de diverses affections biopsychosociales ou de problèmes originant du milieu social ou physique, et la démarche devrait tenir compte des forces, comme des facteurs protecteurs et des problèmes. La recherche ne s'est pas encore prononcée avec certitude sur la meilleure façon de structurer l'investigation approfondie des symptômes comportementaux et dépressifs en ESLD pour que la démarche soit rentable, rationnelle, interdisciplinaire et efficace (Hyer, 2005).

Des lignes directrices de pratique clinique relèvent plusieurs facteurs susceptibles de provoquer ou d'aggraver des symptômes dépressifs ou comportementaux, et c'est pourquoi le protocole d'investigation devrait comporter les principaux éléments suivants (AGS/AAGP, 2003; AMDA, 2003)ⁱⁱⁱ:

- L'anamnèse, y compris l'analyse ACC structurée des antécédents et des conséquences des comportements concernés;
- L'examen physique;
- La poursuite de l'investigation selon les constatations de l'anamnèse et de l'examen physique;
- Des analyses de laboratoire, l'évaluation psychologique, l'examen des milieux social et physique et des tests diagnostiques peuvent faire partie de l'investigation;
- L'historique du traitement et la réponse au traitement

L'investigation devrait également porter sur d'autres facteurs susceptibles en théorie d'occasionner les symptômes observés. Le clinicien devra faire preuve de souplesse et de discernement puisque ces facteurs ne sont pas forcément les mêmes d'une personne à une autre. L'évaluation est orientée en fonction de l'observation comportementale, des renseignements rapportés par le patient, des préoccupations exprimées par d'autres personnes et de l'examen psychométrique. *Néanmoins, un questionnaire continu est indiqué afin de ne pas omettre de considérer des facteurs ou des diagnostics peu évidents qui participent à l'apparition, au maintien ou à l'exacerbation des symptômes dépressifs ou comportementaux.* Ainsi, l'investigation approfondie devrait être axée notamment sur les troubles ou problèmes physiques ou psychologiques suivants (AGS/AAGP, 2003) :

- La douleur;
- La constipation ou le fécalome;
- Les infections;
- Une blessure;
- La déshydratation;
- Des problèmes nutritionnels;
- Le délirium;
- La démence;
- La psychose;
- La dépression ou la manie;
- Le risque suicidaire (à ce sujet, le lecteur est prié de consulter les Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide, CCSMPA, 2006);

- Les troubles anxieux;
- Les troubles du sommeil;
- La toxicomanie ou la réaction de sevrage;
- Les problèmes auditifs ou visuels;
- L'aggravation d'une maladie chronique;
- L'apparition récente d'une maladie physique;
- Les médicaments susceptibles d'altérer la cognition ou l'humeur

Voici des facteurs sociaux et des aspects du milieu physique qui pourraient être pertinents pour l'évaluation :

- Les changements de la situation sociale ou familiale;
- De nouveaux stressors ou des particularités de la situation de vie, comme des changements de personnel;
- La disponibilité d'activités sociales et occupationnelles;
- La disponibilité d'expériences positives, de renforcements de l'estime de soi;
- Des écarts par rapport au mode de vie habituel, aux préférences et une perte d'autonomie;
- Des aspects du milieu physique, comme un changement de chambre

Recommandation : Évaluation – investigation approfondie

Il importe de prendre en considération tous les facteurs déclenchants. L'investigation des facteurs potentiellement déclenchants, comme le délirium ou la douleur chronique, est conçue selon les lignes directrices de pratique clinique sur ces sujets le cas échéant. [D]

Dans la mesure du possible, l'investigation des facteurs potentiellement en cause tient compte des lignes directrices de pratique clinique sur ces états particuliers. Ainsi, lorsque le praticien soupçonne que la douleur est une cause, il conçoit son évaluation en fonction des lignes directrices de pratique clinique sur l'évaluation de la douleur (p. ex., AGS, 2002; AMDA, 1999). Si le délirium semble en cause, le praticien se reporte aux *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge du délirium* (CCSMPA, 2006).

Recommandation : Évaluation – investigation approfondie

Le diagnostic et le diagnostic différentiel sont des objectifs de l'évaluation quand cela est opportun. [D]

Quand cela est opportun, le diagnostic et le diagnostic différentiel sont des objectifs de l'évaluation (AMDA, 2003)^{iv}. Les symptômes dépressifs et comportementaux peuvent être la manifestation de troubles mentaux courants en ESLD, dont la démence, le délirium, la dépression, la manie, la dysthymie, l'insomnie, l'anxiété, la schizophrénie ou les troubles de la personnalité, ou de maladies physiques également fréquentes dans cette population, telles le diabète, les maladies respiratoires, l'arthrite rhumatoïde, les problèmes cardiaques, l'AVC ou la douleur chronique. L'évaluation est donc structurée selon les critères diagnostiques pertinents, notamment les critères du DSM-IV-TR

pour établir la distinction entre le trouble dépressif majeur, le trouble d'adaptation avec humeur dépressive ou le trouble de l'humeur provoqué par une maladie physique (APA, 2000a).

Il est entendu que les symptômes dépressifs chez la personne âgée peuvent se manifester de façon atypique, subclinique ou sous une forme difficile à distinguer d'autres affections concomitantes. Il faut savoir qu'il peut être difficile de déterminer la cause exacte des symptômes dépressifs ou comportementaux, particulièrement si la comorbidité est complexe ou si la présentation est atypique (Lo et Bhanji, 2005). L'analyse comportementale de type ACC peut être particulièrement utile dans l'évaluation qui orientera alors vers un modèle de compréhension adaptée de la situation plutôt que vers un diagnostic en bonne et due forme.

Recommandation : Évaluation – investigation approfondie

L'investigation approfondie se conclut par la détermination de la nécessité d'un traitement, et de la forme et de l'intensité de ce traitement. [D]

L'investigation approfondie aboutit à la détermination de la nécessité, de la forme et de l'intensité du traitement. Le protocole d'évaluation prévoit précisément la synthèse et l'interprétation des données. Il est inutile d'insister à outrance sur le volet de la mesure dans l'évaluation, au détriment souvent de la synthèse, de l'analyse et de l'interprétation des données (AGS/AAGP, 2003). La nécessité du traitement, de même que sa forme et son intensité, sont déterminées en tenant compte de toute l'information résultant de l'évaluation. Cette information comprend les constatations médicales et physiques, les constatations psychosociales, l'évaluation d'après des échelles validées, l'analyse comportementale, l'évaluation du risque, le diagnostic le cas échéant, ainsi que le point de vue et les attentes du résident et de sa famille.

Dans la détermination de la nécessité du traitement, il est de la toute première importance que l'équipe évalue le risque de suicide chez tous les résidents présentant des symptômes dépressifs marqués (se reporter aux Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide, CCSMPA 2006).

Il est hors de propos ici de préconiser des critères de composition de l'équipe interdisciplinaire en ESLD selon l'ensemble des compétences nécessaires à l'évaluation exhaustive, ou d'aborder la question de la disponibilité des ressources. Le sujet demeure néanmoins primordial dans la mise en œuvre des recommandations sur les pratiques exemplaires.

Recommandation : Évaluation – évaluation continue

Le plan de traitement précise le calendrier et la procédure de l'évaluation continue de l'évolution de l'état de santé et de l'efficacité pratique du traitement. [D]

Le plan de traitement exige l'évaluation continue de l'évolution de l'état de santé du résident et de l'efficacité pratique du traitement. Cette procédure est essentielle en ESLD au vu de la fragilité de la population, de la prévalence élevée d'affections concomitantes et du risque de détérioration rapide quand les symptômes s'accroissent. En outre, l'évaluation continue est la seule façon de s'assurer que les objectifs de l'intervention correspondent toujours aux besoins du résident.

Recommandation : Évaluation – évaluation continue

L'évaluation continue comporte l'historique et l'évaluation du changement des symptômes concernés. [D]

L'évaluation de l'efficacité pratique du traitement, médicamenteux ou autre, pour les symptômes dépressifs et comportementaux englobe nécessairement l'anamnèse et l'examen du changement des symptômes concernés (AGS/AAGP, 2003)^{iv}.

Recommandation : Évaluation – évaluation continue

L'évaluation du changement est de nature quantitative, de préférence à l'aide de l'instrument utilisé avant l'intervention. [D]

L'évaluation de l'efficacité pratique du traitement, médicamenteux ou autre, pour les symptômes dépressifs et comportementaux s'effectue à l'aide de l'instrument utilisé au dépistage et à l'évaluation initiale (AGS/AAGP, 2003)^{iv}.

Recommandation : Évaluation – évaluation continue

Des résultats cliniques inattendus ou des effets indésirables du traitement imposent la réévaluation et le réexamen des facteurs déclenchant, perpétuant ou exacerbant les symptômes dépressifs et comportementaux. Les réactions indésirables potentielles au traitement sont évaluées. [D]

Nous sommes d'avis que des résultats cliniques inattendus, y compris les réactions indésirables potentielles au traitement, et l'efficacité thérapeutique sous-optimale imposent la nécessité d'une réévaluation et, peut-être, le réexamen des facteurs déclenchant, perpétuant ou exacerbant les symptômes dépressifs et comportementaux.

Nous sommes également d'avis que la recherche clinique doit continuer d'étudier les symptômes dépressifs et comportementaux en ESLD, et parvenir à établir les tableaux cliniques qui orienteront le choix des interventions et des modalités de prévention (AGS/AAGP, 2003). Quand la recherche pourra prévoir la trajectoire du changement symptomatique, selon les diverses combinaisons de facteurs à l'origine des divers tableaux symptomatiques et sous l'effet des différents traitements, il sera plus facile de déterminer l'intervention efficace dans un cas particulier en ESLD.

Partie 4 : Prise en charge des symptômes et des troubles dépressifs

4.1 Introduction

Nous insistons sur le fait que nous savons que les ESLD ne disposent pas tous des mêmes ressources, et que les résidents ne sont pas tous dans la même situation du point de vue de la participation de la famille et des amis à la prestation des soins. Dans l'optique des pratiques exemplaires, la présente section recense les interventions psychologiques et sociales utiles dans la prise en charge des symptômes dépressifs qu'éprouvent les résidents d'ESLD, sachant pertinemment que la disponibilité de ces interventions peut varier d'un ESLD à un autre. *Il importe toujours de prendre en compte les avantages potentiels à la fois des interventions médicamenteuses et des interventions non médicamenteuses.*

4.2 Planification thérapeutique générale : analyse et recommandations

Pour obtenir un complément d'information, le lecteur est prié de consulter *Les lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression* (CCSMPA, 2006).

Recommandation : Symptômes dépressifs : planification thérapeutique générale

Tenir compte de la forme et de la gravité de la dépression dans l'élaboration du plan de traitement. [B]

Des concepteurs de lignes directrices ont cerné plusieurs aspects devant dicter les décisions thérapeutiques : la gravité, la persistance des symptômes, les antécédents personnels, les préférences du patient et de la famille, et les maladies concomitantes (AGS/AAGP, 2003; AMDA, 2003; APA, 2000b; Baldwin et Wild, 2004; Comité consultatif national sur la santé et l'incapacité, 1996; RNAO, 2004, 2003). Des décisions thérapeutiques sont prises tant au moment de l'élaboration du plan de traitement que de façon continue durant la surveillance de la réponse thérapeutique.

Les lignes directrices (2003) de l'AGS/AAGP font ressortir la controverse que soulève le traitement médicamenteux ou non médicamenteux seul dans la prise en charge de la dépression *majeure* en ESLD. Les deux organisations recommandent donc que le traitement de première intention comporte les deux formes de thérapies en simultané. D'autres lignes directrices précisent que, outre cette stratégie combinée, l'une ou l'autre des modalités est indiquée seule dans la prise en charge de la *dépression majeure légère sans symptômes psychotiques* (Alexopoulos, 2001; AMDA, 2003). Cet ainsi que les lignes directrices (2003) de l'AMDA préconisent une seule modalité thérapeutique comme traitement de premier recours de la dépression majeure non grave. Ces lignes directrices définissent également l'indication de la stratégie combinée. Par exemple, les patients dont l'estime de soi est affaiblie bénéficieraient plus de la stratégie combinée que d'une seule modalité

thérapeutique (AMDA, 2003). Lorsqu'il s'agit de la *dépression majeure grave*, le traitement médicamenteux et la psychothérapie combinés sont le traitement de prédilection (Reynolds, 1999; Thompson, 2001).

Quel que soit le cas, il est essentiel de vérifier les antécédents de maladie affective bipolaire puisque le traitement de la dépression bipolaire nécessite l'ajout d'un thymorégulateur (voir la section 4.4 sur les interventions médicamenteuses). Par ailleurs, les symptômes psychotiques présents dans la dépression sont rarement jugulés par l'antidépresseur seul, qui doit être combiné habituellement à un antipsychotique.

Les principales recommandations concernant le traitement du trouble dépressif majeur ou mineur, conformément à la définition du *DSM-IV-TR* (APA, 2000a), dont nous nous sommes inspirés ici sont résumées ci-dessous.

En présence d'un trouble dépressif *MINEUR* :

- Il peut être de mise d'observer le résident pendant deux mois sans instaurer de traitement particulier (AGS/AAGP, 2003)^{iv}.
- La durée de la période d'observation peut aller de deux semaines à deux mois, sans toutefois dépasser deux mois (AGS/AAGP, 2003; AMDA, 2003)^{iv}. (Note : nous préconisons d'offrir des interventions psychosociales visant à améliorer la qualité de vie pendant la période de surveillance.)
- Les options thérapeutiques comprennent des interventions psychosociales, notamment des interventions éducatives ou la participation à des activités sociales, la psychothérapie et les interventions médicamenteuses (AGS/AAGP, 2003; AMDA, 2003)^{iv}.
- Le choix des modalités thérapeutiques est dicté par des aspects comme la gravité, les antécédents personnels, la persistance des symptômes et les préférences du patient ou de la famille (AGS/AAGP, 2003)^{iv}.
- Le traitement de première intention de la dépression mineure est constitué d'interventions psychosociales et de la psychothérapie (AGS/AAGP, 2003; Alexopoulos, 2001)^{iv}.

En présence d'un trouble dépressif *MAJEUR* :

- Les interventions psychosociales, la psychothérapie, les interventions médicamenteuses combinées ou non à la psychothérapie sont efficaces dans le traitement de la dépression majeure légère sans signes psychotiques (AGS/AAGP, 2003, AMDA, 2003; RNAO, 2004)^{ib}.
- Le traitement médicamenteux combiné à la psychothérapie, la sismothérapie et le traitement médicamenteux sont les modalités préconisées dans la dépression majeure grave sans symptômes psychotiques (AMDA, 2003).

4.3 Interventions psychologiques et sociales : analyse et recommandations

Les interventions psychosociales et sociales dont il est question ici sont regroupées en fonction de leurs effets ou des objectifs

escomptés. Cette démarche s'appuie sur les connaissances récentes voulant que les diverses interventions partagent des "éléments communs", et que l'étude de ces éléments permette de faire avancer les connaissances (Niederehe, 2005). Étant donné la complexité et le caractère distinct de l'ESLD, la section présente des interventions que les cliniciens en santé mentale ainsi que d'autres prestataires de soins, la famille et des bénévoles peuvent mettre en application.

La présente étude ne se limite pas aux essais cliniques structurés selon une forme de randomisation ou une autre. Il est encourageant de constater que des études récentes, appuyées par une méthodologie de pointe, révèlent l'efficacité d'interventions psychosociales et sociales. Il n'en demeure pas moins que ces études sont encore peu nombreuses et que leurs résultats ne peuvent pas être synthétisés dans le contexte d'une analyse globale, ce qui affecte la validité des recommandations.

Dans beaucoup de cas, les interventions sont multiples et englobent plusieurs stratégies. Par exemple, le groupe traité peut avoir bénéficié d'un traitement composé d'un volet de socialisation, d'activités personnalisées et de la participation à des activités agréables. Il est par conséquent difficile de déterminer l'influence particulière de chacun des éléments. D'autre part, Teri (2005) fait valoir la nécessité de proposer des interventions multiples en ESLD, en vue de s'attaquer à la détérioration fonctionnelle progressive et à la complexité des problèmes qu'éprouvent les résidents.

Dernièrement, plusieurs investigateurs ont élaboré des protocoles de prise en charge globale et structurée de la dépression et de la démence en ESLD. Ainsi, Carpenter (2002) a mené une étude pilote auprès d'un petit échantillon pour évaluer un nouveau modèle de psychothérapie brève individuelle dont les objectifs consistent à stimuler, habiliter et mobiliser des résidents déprimés souffrant de démence légère ou modérée. Le modèle du chercheur comporte des éléments des thérapies humaniste et cognitive tout en tenant compte de l'influence de l'ESLD sur l'apparition de la dépression. Hyer (2005) fait remarquer que le développement des interventions psychosociales et sociales à l'avenir pourrait fort bien emprunter cette voie.

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions psychologiques et sociales

Les interventions favorisant l'interaction sociale, dont les interventions qui suscitent un sentiment de valorisation, sont indiquées dans le but d'atténuer les symptômes dépressifs. [C]

Les interventions favorisant l'interaction sociale exposent le résident de l'ESLD à des éléments du milieu social, comme la famille, les professionnels paramédicaux et l'équipe soignante. Le but de l'intervention consiste à améliorer l'humeur de la personne atteinte de dépression en suscitant chez elle un sentiment d'emprise sur le milieu social et physique, et en brisant l'isolement social (Kasl-Godley et Gatz, 2000). Les interactions

peuvent être réelles ou simulées. Une étude démontre ainsi que la visite hebdomadaire d'un bénévole et d'une infirmière, pendant 24 semaines, a eu pour effet d'atténuer remarquablement la dépression (McCurren, 1999)^b. Par ailleurs, l'écoute téléphonique de l'enregistrement des souvenirs les plus chers du résident relatés par un membre de la famille a rehaussé l'intérêt manifesté par le résident à l'égard des personnes et des activités, et diminué l'humeur triste (Camberg, 1999)^b. D'autre part, offrir du soutien pour favoriser l'expression affective, aider le résident à se sentir compris, manifester de l'empathie et favoriser les expériences gratifiantes ou partager son optimisme sont des interventions qui peuvent également être efficaces dans la dépression en ESLD (Alexopoulos, 2003; AMDA, 2003)^{iv}.

Les interventions suivantes, favorisant l'interaction sociale, peuvent être utiles dans le traitement de la dépression :

- Offrir des activités gratifiantes, comme des ateliers protégés, du bénévolat, du ressourcement spirituel ou des activités qui permettent au résident d'exercer des rôles qu'il connaît (AGS/AAGP, 2003 : dépression mineure^{iv}, dépression majeure^b).
- Des programmes de bénévolat supervisé par des pairs (AGS/AAGP, 2003 : dépression mineure^{iv}, dépression majeure^b).
- Offrir une présence simulée (Camberg, 1999)^b.
- Offrir de la thérapie de soutien (Alexopoulos, 2003; AMDA, 2003)^{iv}

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions psychologiques et sociales

Lorsque l'objectif consiste à inciter le résident à sortir de son isolement social et de son manque d'initiative, des activités récréatives structurées sont proposées. [C]

Des activités récréatives auxquelles participent les prestataires de soins, ou qu'ils supervisent, atténueraient les symptômes dépressifs et accroîtraient le niveau d'activité.

Inciter le résident à participer à des activités récréatives personnalisées peut avoir des effets bénéfiques à court terme. Les bienfaits à long terme sont moins certains à l'heure actuelle. Habituellement, les interventions sont multiples et incorporent des volets récréatifs et de socialisation (Buettner et Fitzsimmons, 2002, Rosen, 1997) ou un volet récréatif et un volet d'acquisition ou de perfectionnement des aptitudes (Teri, 2003)^b. Quand les activités sont offertes par des membres de la famille ou d'autres prestataires de soins, ces derniers doivent suivre une formation en matière de stratégies comportementales qui leur permettra d'affronter les comportements problématiques que peut manifester le résident dont le niveau d'activité augmente (Teri, 2005)^{iv}. Dans les études se concluant par des résultats positifs, les interventions se sont déroulées pendant au moins trois mois, et celles-ci ont été mises en œuvre par les prestataires de soins, ou ont été soutenues par eux tous les jours.

Les activités suivantes ont été proposées:

- Cyclisme intensif en fauteuil roulant en tandem pendant deux semaines (Buettner et Fitzsimmons, 2002; Fitzsimmons, 2001; *Gerontological Nursing Interventions Research Center* de l'Université de l'Iowa, 2003)^{lb}.
- Diverses activités récréatives choisies en fonction des préférences du résident (Rosen, 1997)^{lb}.
- Programme d'exercice physique supervisé par le prestataire de soins (Teri, 2003)^{lb}

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions psychologiques et sociales

Quand l'objectif consiste à atténuer les symptômes dépressifs, la psychothérapie est proposée. [B]

Certains faits démontrés appuient l'efficacité pratique des psychothérapies suivantes dans le cadre de la prise en charge de la dépression en ESLD :

- La thérapie comportementale (Lichtenberg, 1998)^{lb}.
- La thérapie cognitivo-comportementale de groupe (AGS/AAGP, 2003; Hyer, 2002)^{lb}.
- La thérapie cognitivo-comportementale individuelle (AGS/AAGP, 2003)^{lv}.
- La thérapie interpersonnelle (Hinrichsen, 1999)^{lv}.
- La thérapie par la résolution de problèmes (Alexopoulos, 2003; Hussian et Lawrence, 1981)^{lb}.
- La psychothérapie dynamique brève

Les recherches concernant les psychothérapies spécialisées en ESLD sont peu nombreuses, mais encourageantes. Les études qui se sont penchées sur la question ont en commun la sélection des participants présentant des symptômes dépressifs plutôt qu'un syndrome psychiatrique précis. Plusieurs études, randomisées à divers degrés, démontrent le bien-fondé de la thérapie comportementale, de la thérapie cognitivo-comportementale de groupe et de la thérapie par la résolution de problèmes. La thérapie cognitivo-comportementale individuelle, la thérapie interpersonnelle et la thérapie dynamique brève, administrées en ESLD, n'ont pas fait l'objet d'une évaluation empirique (pour plus de renseignements sur ces interventions, consultez *Les lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression* (CCSMPA, 2006)). Considérant leurs résultats prometteurs dans la prise en charge de la dépression du troisième âge, nous encourageons fortement le recours à ces thérapies en ESLD. Ces thérapies devront être adaptées au milieu, soit l'ESLD, en supposant qu'elles seront administrées par des cliniciens conscients de la fragilité et de la vulnérabilité du résident (Niederehe, 2005)^{lv}.

À l'heure actuelle, le clinicien dispose de peu d'information pour orienter ses décisions thérapeutiques. Une étude démontre que la *thérapie par la résolution de problèmes* (TRP) serait appropriée chez la personne âgée souffrant de dépression dont les fonctions exécutives sont détériorées (c.-à-d., manque d'intérêt pour les activités, ralentissement psychomoteur, introspection diminuée, suspicion et incapacité comportementale

notable; Alexopoulos, 2003). Certains prétendent que la détérioration des fonctions exécutives accroît le risque de réponse insuffisante ou instable aux antidépresseurs prescrits dans la dépression majeure (p. ex., Alexopoulos, 2000). Heureusement, il semblerait que la TRP atténue les symptômes dépressifs dans cette population. La recherche devra se poursuivre pour reproduire les constatations d'Alexopoulos (2000). Dans cette étude, la TRP comportait plusieurs volets thérapeutiques :

- L'enseignement d'aptitudes afin d'améliorer la capacité de composer avec des problèmes courants particuliers et des périodes de crise.
- L'exposition à des activités de renforcement positif.
- La prise en compte de la sensibilité interpersonnelle.
- Des moyens pour pallier la déficience en communication

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions psychologiques et sociales

Des interventions d'affirmation de soi, notamment les thérapies par empathie ou par la réminiscence, sont indiquées lorsque l'objectif consiste à valoriser le résident et à lui procurer un sentiment de bien-être général [C]

Les thérapies par empathie et par la réminiscence sont des interventions favorisant l'affirmation de soi. Ces interventions ont le potentiel de renforcer le sentiment d'identité et de bien-être général du résident en plus d'atténuer les problèmes d'humeur et de comportement.

La thérapie par empathie est fondée sur le principe général de la reconnaissance, à savoir l'acceptation de la réalité et de l'authenticité personnelle de l'expérience d'autrui. Les données probantes concernant cette thérapie ne sont pas concluantes. Diverses études observationnelles mentionnent certains effets positifs, notamment une hausse du nombre et de la durée des interactions pendant les séances collectives (Babins, 1998; Bleathman et Morton, 1996), alors que d'autres constatent l'absence d'effet (Scanland et Emershaw, 1993). Une méta-analyse récente conclut qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes issues d'essais cliniques randomisés pour tirer une conclusion ferme concernant la thérapie par empathie (Neal et Briggs, 2003)^{la}. Les avantages observés par les tenants de cette méthode relèveraient de l'attention accrue accordée aux personnes ou de leur participation à des activités structurées (Neal et Briggs, 2003). À l'avenir, la recherche dans ce domaine devrait évaluer un plus grand nombre de paramètres, dont le bien-être, la qualité de vie, et les effets bénéfiques potentiels pour les prestataires de soins appliquant cette technique.

La thérapie par la réminiscence consiste en la discussion par le thérapeute et le patient des activités, des événements ou des expériences du passé, dont le souvenir surgit grâce à des photographies, de la musique ou d'autres objets connus du passé. Selon certains faits démontrés, cette thérapie serait efficace dans la réduction des symptômes dépressifs chez la personne âgée (Bohlmeijer, 2003)^{la}. La thérapie peut prendre plusieurs formes, comme le bilan de vie et la réminiscence générale. Le

bilan de vie est d'abord individuel et passe par l'évaluation des souvenirs personnels à l'aide d'un thérapeute écoutant. De son côté, la réminiscence générale se déroule habituellement en groupe car elle a pour objectif de favoriser les interactions positives, agréables (Woods, 2005). Un fondement empirique caractérise les interventions suivantes :

- La réminiscence en groupe (Goldwasser, 1987)^b (Jones, 2003)^{ib}
- La réminiscence individuelle (Haight, 1998)^{lb} (Wang, 2004)^{ib}

Il est difficile de comparer les études menées en ESLD, en partie parce qu'elles examinent des modalités thérapeutiques différentes. En général, les résultats sont encourageants, et laissent entrevoir qu'une démarche structurée, comme le bilan de vie personnalisé, serait plus efficace qu'une remémoration générale (Hyer, 2005)^{iv}.

4.3.1 Démence concomitante

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions psychologiques et sociales

Tenir compte des répercussions de la démence concomitante dans l'élaboration du plan de traitement. [C]

Considérant la prévalence élevée de la démence dans la population hébergée en ESLD, il est nécessaire d'aborder plus particulièrement la prise en charge de la dépression dans ce contexte. Nous recommandons de tenir compte précisément de l'impact de la démence concomitante lors des interventions psychologiques et sociales pour la prise en charge des symptômes dépressifs du résident. *La capacité de comprendre du résident et son consentement à participer à l'intervention doivent être évalués minutieusement si l'on veut éviter des effets indésirables comme l'agitation accrue ou la souffrance psychologique.*

Les professionnels qui participent au traitement des résidents souffrant en comorbidité de dépression et de démence doivent adapter leurs interventions en fonction des caractéristiques particulières de la personne âgée et de son contexte de vie (*American Psychological Association*, 2004). En raison de la nature progressive de la démence, le traitement de la dépression doit être souple et adapté (Teri, 2005)^{iv}. Ainsi, ce qui est efficace à un moment particulier pour un résident peut ne plus l'être par la suite en raison de la détérioration cognitive inexorable.

Les interventions non médicamenteuses auprès des personnes souffrant de démence ne pourront être efficaces sans la prise en considération de l'état cognitif et de l'expérience antérieure en thérapie de ces individus, et de la disponibilité des thérapeutes (AMDA, 2003)^{iv}. Le lien qui existe déjà entre un prestataire de soins et un résident peut s'avérer crucial dans la réussite de l'intervention (AMDA, 2003)^{iv}.

Nous n'avons examiné ici que les études portant sur des résidents qui souffrent à la fois de dépression et de démence. Les interventions étudiées ont en commun la personnalisation des stratégies, le caractère individuel de l'intervention, sauf en ce qui concerne la thérapie cognitivo-comportementale de

groupe, une approche intégrative avec plusieurs composantes et la formation des prestataires de soins, afin qu'ils puissent appliquer l'intervention aux résidents de l'ESLD (Teri, 2005).

Les interventions non médicamenteuses énumérées ci-après peuvent être appropriées dans le traitement des symptômes dépressifs qu'éprouve le résident atteint également de démence. Nous insistons sur le fait que le caractère approprié, ainsi que l'efficacité des interventions fluctueront au fil de l'évolution de la démence, d'où la nécessité d'une évaluation personnalisée. Le lecteur est prié de consulter la documentation sur les pratiques exemplaires en présence de démence pour en savoir davantage sur les interventions psychologiques et sociales dans ce contexte (p. ex., Doody, 2001).

• Interventions de contact social

La thérapie de soutien (AMDA, 2003)^{iv}

La présence simulée (Camberg, 1999)^{lb}

• Activités récréatives structurées

Cyclisme récréatif (Buettner et Fitzsimmons, 2002)^{lb}

• Thérapies spécialisées

La psychothérapie cognitivo-comportementale de groupe (AGS/AAGP, 2003)^{lb}

La psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle (AGS/AAGP, 2003; Scholey et Woods, 2003)^{iv}

• Interventions comportementales

Formation du prestataire de soins en gestion comportementale (AMDA, 2003; Beck, 2002; Proctor, 1999)^{lb}

Formation du prestataire de soins sur la communication verbale et non verbale efficace (McCallion, 1999)^{lb}

• Interventions d'affirmation de soi

La réminiscence (Woods, 2005^{ia}; Brooker et Duce, 2000)ⁱⁱⁱ

Koder (1996) préconise d'adapter la thérapie cognitivo-comportementale dans les cas de dépression et de démence comme suit :

- Remettre en question l'affirmation " Je suis trop vieux pour changer ".
- Insister davantage sur les activités et les comportements que sur la restructuration cognitive.
- Offrir de la documentation écrite, ralentir le rythme et réexaminer et reformuler les problèmes.
- Prévoir une intervention collective.
- S'attarder aux particularités associées au vieil âge, comme la baisse d'estime de soi et l'anxiété devant l'avenir.
- Bilan de vie et réminiscence.
- Favoriser l'implication de personnes significatives.
- Terminer progressivement et prévoir des séances de suivi

Scholey et Woods (2003) ajoutent d'autres éléments à cette liste, dont la connaissance des limites sociales, économiques et physiques réelles du résident, un calendrier des séances caractérisé par la souplesse, la participation active du thérapeute et le souci de ne pas tomber dans l'âgisme.

Dans son étude clinique randomisée, Woods (2005) a observé certains bienfaits potentiels à la thérapie par la réminiscence dans la démence, notamment l'amélioration de la cognition et

de l'humeur. Il préconise même son perfectionnement et son évaluation approfondie. D'autre part, les études qui seront menées à ce sujet à l'avenir pourraient s'attarder à perfectionner les protocoles thérapeutiques et à examiner le lien possible entre la gravité de la dépression et le choix de la modalité thérapeutique (séance de groupe comparée à des séances individuelles versus séance en présence du prestataire de soins).

La rigueur méthodologique de nombreuses études sur ce sujet est affaiblie par la méthode d'échantillonnage. Pour beaucoup d'entre elles, les participants n'ont pas été sélectionnés selon un schéma clinique particulier de dépression, mais d'après leurs scores à diverses échelles d'évaluation. Difficile donc de déterminer l'efficacité d'interventions psychosociales dans la prise en charge de syndromes mentaux précis. Bien des études ne prévoient pas une évaluation de suivi, ce qui laisse sans réponse la question des effets au long cours. En outre, on ne connaît pas vraiment l'influence de ces interventions sur d'autres aspects comme la dépendance fonctionnelle ou l'observance en matière de prise en charge des soins par l'individu malade (Hyer, 2005).

4.4 Interventions médicamenteuses : analyse et recommandations

Comme il a déjà été mentionné, toutes les recommandations à cet égard figurent dans *Les lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression (CCSMPA, 2006)*. Quelques recommandations générales figurent ci-après.

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions médicamenteuses

L'antidépresseur représente le traitement de première intention de la dépression majeure conforme aux critères diagnostiques. [A]

Bien que cette recommandation paraisse dans l'énoncé consensuel de l'AGS/AAGP (2003), les deux organisations sont également d'avis que la psychothérapie cognitivo-comportementale peut être efficace dans la dépression majeure. Une analyse documentaire menée en 2003 recense sept études sur l'administration d'antidépresseurs en ESLD (Snowden, 2003). Des deux essais cliniques contrôlés par placebo, l'un constate que la nortriptyline est plus efficace que le placebo, alors que l'autre ne décèle pas de différences entre la sertraline et le placebo (Katz, 1990; Magai, 2000)^h. Depuis lors, quatre essais cliniques ont été publiés, à savoir un qui compare la sertraline et la venlafaxine, un essai clinique contrôlé par placebo sur la paroxétine (résultats négatifs) et deux essais cliniques ouverts, l'un sur la mirtazapine (comprimé à dissolution orale), et l'autre sur la sertraline à dose élevée (Burrows, 2002; Oslin, 2003; Roose, 2003; Weintraub, 2003). Dans leur exposé de position consensuel (2003), l'AGS/AAGP proposent que l'antidépresseur soit également une option dans le traitement de la dépression mineure, combiné à des interventions non médicamenteuses, après examen de facteurs comme la gravité, les antécédents personnels et les préférences du résident ou de sa famille.

Note: Pour optimiser les résultats, il est préconisé d'associer des interventions psychosociales au traitement antidépresseur dans la mesure du possible.

Les lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression (CCSMPA, 2006) recommandent ce qui suit concernant les antidépresseurs :

- Le clinicien commence le traitement à la moitié de la dose recommandée chez l'adulte d'âge moyen et veille à ce que la dose thérapeutique soit atteinte le plus rapidement possible.
- La dose est augmentée aux cinq à sept jours si le patient le tolère, jusqu'à l'apparition d'une amélioration clinique ou jusqu'à ce que la dose thérapeutique moyenne soit atteinte. Habituellement, cela se produit en un mois.
- La dose est augmentée au-delà de la dose thérapeutique moyenne s'il n'y a pas d'amélioration clinique en trois à six semaines et en l'absence d'effets indésirables incapacitants.
- Avant de conclure à l'échec, le traitement par l'antidépresseur se poursuit habituellement pendant quatre à huit semaines à la dose maximale tolérée ou à la dose maximale recommandée.

Les consultations de surveillance de la réponse au traitement antidépresseur comportent, à tout le moins, des interventions psychosociales de soutien, la surveillance de l'aggravation de la dépression et l'évaluation du risque suicidaire. *Les lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression (CCSMPA, 2006)* renferment des recommandations précises concernant les effets indésirables, l'adaptation posologique, et les stratégies de combinaison et de substitution des antidépresseurs.

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions médicamenteuses

Les antidépresseurs de premier recours appropriés en ESLD comprennent les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, comme le citalopram et la sertraline, ou la venlafaxine, la mirtazapine ou le bupropion. [B]

Le choix de l'antidépresseur approprié pour le résident de l'ESLD est dicté par a) les antécédents et les expériences du résident, b) les maladies physiques concomitantes, c) les effets indésirables potentiels de l'antidépresseur et d) les interactions médicamenteuses potentielles. Les lignes directrices de l'AMDA (2003) endossent la recommandation ci-dessus.

À l'instauration d'un traitement antidépresseur sérotoninergique, comme un ISRS ou la venlafaxine, il convient de surveiller l'apparition d'effets indésirables courants comme les nausées ou la diarrhée, ainsi que les effets moins fréquents comme l'hyponatremie, qui peut provoquer de la fatigue, des malaises ou un délirium, ou un syndrome sérotoninergique caractérisé par de l'agitation, de la tachycardie, des tremblements et de l'hyperréflexie. La venlafaxine peut provoquer une hausse de la pression sanguine, le bupropion à dose élevée peut accroître le risque de crise épileptique et la mirtazapine peut favoriser un gain pondéral.

Des données probantes démontrent l'utilité du moclobémide comme médicament de première intention, bien que cet antidépresseur ne soit pas d'usage courant au Canada. La mirtazapine est disponible sous forme de cachet à dissolution rapide (Remeron-RD), utile chez le résident qui éprouve des problèmes de déglutition. Disponible depuis peu au Canada, l'escitalopram, isomère optique du citalopram, s'ajoute au groupe des ISRS appropriés chez la personne âgée.

Les antidépresseurs tricycliques (ATC) peuvent être prescrits à l'occasion à titre de médicaments de deuxième intention. Parmi les tricycliques, la nortriptyline et la désipramine seraient les mieux tolérées. La surveillance de la concentration sanguine de ces médicaments peut être utile, notamment dans la détermination de l'efficacité du médicament (AMDA, 2003). Les ATC devraient être évités en présence d'anomalies de la conduction cardiaque. Le clinicien qui prescrit un ATC doit surveiller l'apparition d'hypotension orthostatique, de symptômes cardiaques et d'effets indésirables anticholinergiques.

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions médicamenteuses

En présence de dépression majeure et de symptômes psychotiques, le traitement englobe un antidépresseur et un antipsychotique. [B]

Dans leurs lignes directrices consensuelles (2003), l'AGS/AAGP entérinent la recommandation ci-dessus. La personne âgée souffrant de dépression psychotique qui ne répond pas au traitement médicamenteux peut voir son état s'améliorer sous l'effet de la sismothérapie (Flint et Rifat, 1998)^{1b}.

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions médicamenteuses

Le résident qui traverse un premier épisode de dépression majeure et qui répond bien au traitement antidépresseur poursuit ce traitement à la pleine dose pendant au moins 12 mois. Quand il s'agit du deuxième épisode ou d'un épisode subséquent, le traitement continue pendant au moins deux ans. [A]

Tous ne s'entendent pas sur la durée minimale du traitement antidépresseur d'entretien. Les lignes directrices (2001) de l'APC/CANMAT préconisent au moins deux ans chez la personne âgée. Alexopoulos, dans ses lignes directrices expertes consensuelles (2001) sur la pharmacothérapie de la dépression, prône au moins 12 mois. En cas de dépression récurrente, nous recommandons un traitement minimal de deux ans et en présence de plusieurs épisodes récurrents graves, le traitement à vie.

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions médicamenteuses

Le traitement du résident qui souffre de dépression et qui a des antécédents de maladie affective bipolaire comporte un psychorégulateur, comme le carbonate de lithium, le divalproex sodique ou la carbamazépine. [B]

L'antidépresseur peut provoquer un épisode maniaque ou hypomaniaque chez le résident qui a des antécédents de maladie affective bipolaire. Ce risque est moins grand quand le traitement comporte un psychorégulateur. Des recommandations précises concernant le lithium figurent dans *Les lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression* (CCSMPA, 2006).

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions médicamenteuses

La sismothérapie est envisagée en présence de dépression grave réfractaire au traitement médicamenteux. (La sismothérapie sera fort probablement administrée dans un établissement de soins psychiatriques.) [B]

Espinoza (2004) a étudié certains aspects de la sismothérapie en ESLD^{1b}. L'auteur mentionne que près de 70 % des patients provenant d'un ESLD admis à son service de sismothérapie ont manifesté une réponse modérée ou marquée à la sismothérapie. Il souligne également les obstacles qui limitent l'accès à ce traitement, notamment le nombre insuffisant de psychiatres consultants et l'accès limité aux unités de soins intrahospitalières où il est possible d'offrir la sismothérapie.

Recommandation : Symptômes dépressifs : interventions médicamenteuses

Les psychostimulants, comme le méthylphénidate, peuvent être utiles dans le traitement de certains symptômes courants dans la dépression, tels l'apathie, ou la baisse d'énergie. [C]

Quelques études publiées démontrent les avantages des psychostimulants dans la dépression accompagnée d'un état apathique à la suite d'un accident vasculaire cérébral ou d'un autre trouble neurologique (Grade, 1998)^{1b}.

La dépression est fréquente chez le résident atteint de démence. Quand la dépression persiste, un traitement antidépresseur est recommandé. Des essais cliniques contrôlés par placebo sur le citalopram (Nyth, 1992)^{1b} et sur le moclobémide (Roth, 1996)^{1b} démontrent l'efficacité des antidépresseurs dans ce contexte, quoique les participants à cette étude n'étaient pas tous atteints de démence.

Une revue d'études sur Cochrane (Bains, 2002) conclut en revanche que les données probantes disponibles sont insuffisantes pour prétendre que les antidépresseurs constituent un traitement efficace de la personne âgée souffrant à la fois de dépression et de démence. L'auteur affirme également : " Ce n'est pas que les antidépresseurs soient nécessairement inefficaces, mais rien ne démontre avec certitude leur efficacité. " (Bains, 2002). Nous soutenons toutefois que le traitement de la dépression tenace chez le résident souffrant de démence doit comporter un antidépresseur.

Partie 5 : Prise en charge des symptômes comportementaux

5.1 Introduction

Comme nous l'avons fait à la *partie 4 sur le traitement des symptômes et des troubles dépressifs*, nous réitérons que nous savons pertinemment bien que les ESLD ne disposent pas tous des mêmes ressources, et que les résidents ne bénéficient pas tous du même appui de leur famille et de leurs amis. Nous proposons ici ce qui semble le mieux en matière d'interventions psychologiques et sociales utiles dans le traitement des symptômes comportementaux en ESLD, tout en sachant que la disponibilité de ces interventions n'est pas la même partout.

En règle générale, les interventions psychologiques et sociales précèdent le traitement médicamenteux, quoiqu'il soit approprié d'instaurer toutes les interventions, médicamenteuses et autres, quand c'est une question d'urgence ou que les symptômes sont graves. À noter que le traitement médicamenteux peut être bénéfique en présence de symptômes modérément graves. Il faut d'abord souligner la rareté de la recherche évaluant l'efficacité pratique des interventions combinées. Néanmoins, des données probantes confirment le bien-fondé de la prise en charge personnalisée associant le traitement médicamenteux et des interventions non médicamenteuses, notamment par l'organisation et la programmation d'activités qui correspondent aux besoins du résident ou par la participation des proches à la planification du traitement, ces interventions pouvant réduire significativement l'agitation (Hincliffe, 1995; Rogers, 1999; Matthews, 1996). Un essai clinique comparatif et randomisé dont l'objectif consistait à tester l'hypothèse voulant que des interventions médicales, infirmières et psychosociales personnalisées réduisent la fréquence et la gravité des symptômes comportementaux de résidents d'ESLD souffrant de démence a démontré une amélioration des symptômes étudiés dans les deux groupes, toutefois, le degré d'amélioration était plus important dans le groupe traité (Opie, 2002).

Brodaty (2003a) a proposé un schéma utile impliquant sept niveaux pour mieux comprendre les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Il est d'avis qu'environ 50 % des personnes souffrant de démence présenteront des SCPD légers ou modérés, que près de 10 % manifesteront des SCPD graves et que moins de 1 % seront aux prises avec des symptômes très graves. Heureusement, les cas de violence extrême sont rares. Le schéma vise à faciliter la planification globale des services à prodiguer.

5.2 Interventions psychologiques et sociales : analyse et recommandations

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions psychologiques et sociales

Les interventions favorisant le contact social sont toujours indiquées, particulièrement pour atténuer la privation sensorielle et l'isolement social, offrir de la distraction et des contacts physiques et favoriser la relaxation. [C]

Les *interventions de contact social* sont des interventions qui ont pour but précis d'exposer le résident à son milieu social, à savoir la famille, les amis, le personnel et des animaux de compagnie. L'objectif consiste à favoriser l'interaction ou la stimulation. Les interventions peuvent être réelles ou virtuelles, actives ou passives, par bande vidéo ou audio, spécifiquement adaptées ou générales. La recherche corrobore l'utilité des interactions individuelles, des interactions simulées (p. ex., bande vidéo produite par la famille, bande audio ou vidéo générale) et la zoothérapie, à l'aide d'animaux réels ou artificiels.

L'interaction individuelle peut être efficace dans la prévention et la prise en charge de l'agitation (McGonigal-Kenney et Schutte, 2004)ⁱⁱⁱ. Il peut s'agir de conversation, de chant, de bricolage, d'exercice physique ou d'activités sensorielles, nutritionnelles ou thématiques (McGonigal-Kenney et Schutte, 2004)ⁱⁱⁱ. Offrir de la stimulation directe pendant 30 minutes environ aurait des effets bénéfiques (Cohen-Mansfield et Werner, 1997)ⁱⁱⁱ. De plus, l'interaction individuelle serait particulièrement efficace en présence d'agitation verbale quand la cognition et l'état fonctionnel ne sont pas trop détériorés (Cohen-Mansfield et Werner, 1997)ⁱⁱⁱ.

L'intervention d'interaction simulée renvoie à l'usage d'une bande vidéo ou audio pour simuler une interaction avec des personnes significatives. La bande vidéo produite par la famille pour manifester leur amour et leur respect et se remémorer le passé est supérieure à la bande vidéo générale pour favoriser la relaxation et la réminiscence (Hall et Hare, 1997, Werner, 2000). La femme atteinte d'un déficit cognitif et présentant de l'agitation verbale est la personne qui pourrait bénéficier le plus de l'écoute d'une bande vidéo produite par la famille (Werner, 2000)ⁱⁱⁱ. Il n'en reste pas moins que des lignes directrices structurées devront encadrer la production de cette bande vidéo familiale. Werner (2000) souligne à cet égard que les proches se sentent parfois dépassés par l'ampleur de la tâche. En se penchant sur la question, la recherche pourrait cerner les motifs de ces réactions, afin de faciliter la préparation de ces bandes vidéo.

Des données probantes anecdotiques appuient le recours à des animaux de compagnie pour améliorer le bien-être des résidents souffrant de démence. Ainsi, Churchill (1999)ⁱⁱⁱ conclut que la présence d'un chien améliore la socialisation, tel qu'observé par les réactions verbales, le sourire et le regard, et atténue l'agitation chez les résidents souffrant de démence. Libin et Cohen-Mansfield (2004)ⁱⁱⁱ mentionnent que l'interaction avec un animal robot et une peluche peut diminuer l'agitation et accroître la sensation de plaisir et l'intérêt de la personne âgée atteinte de démence. Néanmoins, des études devront confirmer les bienfaits potentiels de la robotothérapie (c.-à-d., compagnons artificiels). Il est difficile de généraliser d'après une seule étude pilote à ce sujet.

On ne connaît pas exactement les ingrédients actifs des interventions de contact social. Il importe de déterminer dans

quelle mesure ces interventions satisfont les besoins sociaux du résident de l'ESLD, non pas seulement ses besoins de stimulation ou de distraction.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions psychologiques et sociales

Les interventions sensorielles ou de relaxation, comme la musique, la technique snoezelen, l'aromathérapie ou la luminothérapie, sont indiquées quand l'objectif consiste à diminuer les symptômes comportementaux, à stimuler les sens et à favoriser la relaxation. [B/D]

Les **interventions sensorielles ou de relaxation** englobent une vaste gamme d'interventions étayées par des données probantes de validité variable. Voici les interventions et les recommandations qui les concernent :

La musique [B]

La musique sous différentes formes a été proposée pour atténuer l'agitation, dont la forme active ou la forme réceptive, la musique classique de relaxation courante ou personnalisée, la musique durant le bain ou les repas ou la séance de relaxation individuelle. Les auteurs d'une revue récente d'essais cliniques comparatifs et randomisés constatent l'absence de données probantes solides en faveur ou en défaveur de la musicothérapie dans le traitement de l'agressivité, de l'agitation ou de l'errance chez les personnes âgées souffrant de démence (Vink, 2003)^{1b}. En revanche, d'autres chercheurs qui ne se sont pas limités dans leur examen aux essais cliniques randomisés mentionnent qu'une intervention musicale personnalisée peut avoir des effets bénéfiques à brève échéance sur l'agitation (Cohen-Mansfield, 2001; Snowden, 2003)^{1a}.

Certains font valoir que la séance musicale devrait durer 30 minutes et avoir lieu avant le moment habituel où le niveau d'agitation du résident est le plus élevé (p. ex., Gerdner, 2000)^{1a}. Il importe en outre de surveiller étroitement tous les résidents participants, particulièrement ceux atteints d'un problème physique ou mental concomitant ou d'une baisse de l'acuité auditive. D'autres études devront étudier de façon plus approfondie la question de l'effet de la musicothérapie chez les personnes souffrant de démence (Vink, 2003). Plus précisément, ces études devront déterminer l'effet à moyen et à long terme de cette forme de thérapie.

La technique snoezelen [B]

La technique snoezelen fait intervenir de la musique douce, l'aromathérapie, des objets texturés, les aliments favoris et la lumière colorée dans un lieu réservé à cet effet, habituellement une pièce de l'établissement, et a pour objectif de créer un climat propice à la relaxation et à l'habilitation, et un sentiment de gratification (Chitsey, 2002). Une revue rigoureuse d'essais cliniques comparatifs et randomisés souligne que la technique peut avoir un effet positif immédiat sur l'apathie, la nervosité et les tics (Chung et Lai, 2002)^{1a}. Cependant, l'effet tend à s'estomper peu après la séance.

Des effets bénéfiques à court terme sur l'humeur et l'agitation ont été constatés. Il faut savoir, toutefois, que la réaction à la technique varie beaucoup d'une personne à une autre (Baillon, 2004)^{1b}. Un certain nombre d'aspects de la technique devront être étudiés. On ne connaît pas encore la fréquence, ou la durée, des séances de snoezelen, le stade de la démence où cette technique se révélerait la plus profitable, ni si elle produit des effets à long terme. Reste à savoir également si la technique favorise l'établissement d'une relation thérapeutique entre les résidents et l'équipe soignante (Chung et Lei, 2002).

L'aromathérapie [C]

L'aromathérapie, seule ou associée à d'autres activités de stimulation sensorielle, représente une intervention sensorielle. L'application de mélisse-citronnelle au visage et aux bras deux fois par jour réduit l'agitation et accroît la sensation de bien-être général comme en témoigne la diminution du retrait social et l'augmentation de la participation à des activités constructives (Ballard, 2002)^{1a}. L'essence de lavande en vapeur aromatique produit une réduction modeste des comportements agités de résidents souffrant de démence grave (Brooker, 1997^{iv}; Holmes, 2002^{1a}).

Dans les études s'intéressant à l'efficacité de l'aromathérapie, celle-ci est combinée à l'administration d'antipsychotiques. Il s'agirait maintenant de savoir si l'aromathérapie seule représente une option thérapeutique viable. Fait curieux, les vapeurs aromatiques d'essence de lavande ne procurent aucun bienfait aux personnes souffrant de la démence à corps de Lewy (Holmes, 2002). Les études futures, de grande envergure, devront examiner l'effet de l'aromathérapie selon diverses techniques d'administration dans toutes les formes de démence.

La luminothérapie [D]

La dégénérescence du noyau suprachiasmatique de l'hypothalamus (NSH) perturberait le cycle circadien chez la personne âgée, particulièrement celle souffrant de démence (Forbes, 2004). Des études examinent si cette perturbation peut être contrée par la stimulation du NSH par la lumière. Une méta-analyse d'essais cliniques randomisés conclut à l'insuffisance de données probantes pour corroborer l'efficacité de la luminothérapie dans la prise en charge des problèmes de sommeil, d'agitation, de cognition et d'humeur dans la démence, et que d'autres études devront être menées avant de pouvoir se prononcer définitivement (Forbes, 2004)^{1a}.

De même, Cohen-Mansfield (2001), dans une revue d'études d'observation sans groupe de comparaison ou randomisées, constate que les résultats ne sont pas concluants, car certaines études mentionnent l'absence d'effets, d'autres font état d'une diminution notable, tandis que certaines n'observent que des tendances. Considérant ces résultats partagés, l'hétérogénéité des caractéristiques des participants d'une même étude et dans toutes les études, ainsi que l'absence de consensus concernant le moment opportun de la luminothérapie, il est impossible de se prononcer avant que d'autres études examinent l'efficacité de la luminothérapie. Dans de nombreuses études, les participants ne forment pas un groupe

homogène du point de vue du diagnostic, ni de la gravité de la démence. Comme Forbes (2004) le précise, la réponse à la lumbinothérapie tiendrait à la région du cerveau touchée par la détérioration pathologique. En outre, Ancoli-Israel (2003) constate que les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, légère ou modérée, sont plus susceptibles de bénéficier de la lumbinothérapie que les personnes souffrant de la maladie au stade avancé. La recherche future devra déterminer l'intensité et la fréquence de la lumbinothérapie, et s'attarder au choix du moment et à la durée de la séance de lumbinothérapie.

Par ailleurs, la lumbinothérapie doit être administrée avec prudence chez la personne âgée souffrant de démence, particulièrement si l'agitation s'accroît ou que des hallucinations apparaissent pendant la séance (Schindler, 2002)^{iv}. Certains proposent d'éviter qu'une personne à la vision trouble, en raison de cataractes, par exemple, administre la lumbinothérapie, parce que cela peut donner lieu à des erreurs de jugement (Schindler, 2002)^{iv}.

La lumbinothérapie peut être administrée comme suit :

- L'appareil " Brite-Lite " (de 2 500 à 10 000 lux) disposé à un mètre de la personne. La séance dure environ deux heures le matin (p. ex., Ancoli-Israel, 2003; Lovell, 1995).
- Augmenter l'intensité lumineuse de l'éclairage durant les repas pour accentuer la stimulation visuelle (Koss et Gilmore, 1998).

Le bruit blanc [D]

Le son monotone, rythmique et continu, de faible intensité et à basse fréquence, soit le bruit blanc, est une intervention auditive proposée pour atténuer les comportements agités. Les données probantes sur son efficacité sont toujours insuffisantes. Le bruit blanc pourrait réduire l'agressivité verbale (Burgio, 1996)ⁱⁱⁱ.

Le massage et le toucher thérapeutique [D]

Les études évaluant les effets du massage et du toucher thérapeutique ont donné des résultats contradictoires. Le toucher thérapeutique de dix minutes durant une période de traitement de trois jours a diminué de façon significative la vocalisation et le rythme de déambulation, et l'effet a duré de 1 à 1,5 jour (Woods et Dimond, 2002)^{ib}. Pendant l'intervention, le prestataire, en introspection, procède au toucher par des gestes doux, conformément au " protocole de toucher thérapeutique de dix minutes " (Quinn, 1984). Par contre, Snyder (1995)^{ib} n'a pas constaté d'effet uniforme résultant de l'application d'une méthode de toucher thérapeutique semblable de dix minutes ou d'une technique de massage de cinq minutes. À l'opposé, Kim et Bushmann (1999)ⁱⁱⁱ observent une diminution remarquable de l'agitation durant un massage de cinq minutes. Une intervention combinant la musique et le massage n'a pas semblé diminuer l'agitation (Snyder et Olsen, 1996)ⁱⁱⁱ.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions psychologiques et sociales

S'il s'agit d'inciter le résident à sortir de sa réserve, les activités récréatives structurées sont indiquées. [C]

Les *activités structurées*, individuelles ou collectives, peuvent être tour à tour de la mobilisation, de l'exercice physique, une promenade à l'extérieur, une stimulation multisensorielle, la zoothérapie ou du jardinage individuel supervisé. Inciter le résident à participer aux activités lorsqu'il vit une période de passivité peut aider à réduire l'agitation (Aronstein, 1996)^{iv}. La promenade à l'extérieur peut venir répondre à des besoins physiques et sociaux, et atténuer l'errance. L'exercice physique diminuerait les comportements répétitifs et perturbateurs (Beck, 1992)^{iv}. Voici quelques activités structurées :

Activités récréatives [C]

- Trier (casse-tête, jeux de cartes, vêtements).
- Coudre (morceaux de tissu, entrelacement).
- Programme de son et musique.
- Activités de motricité (labyrinthe de billes, cubes flexibles).
- Cuisiner, jardiner des fines herbes, activités horticoles (Cohen-Mansfield, 2005).
- Activités structurées selon les préceptes Montessori (Schneider et Camp, 2002).
- Le tablier, pour ses boutons, fermetures éclairs et autres accessoires (Cohen-Mansfield, 2005).
- Le jardinage individuel extérieur sous supervision (Cohen-Mansfield et Werner, 1998; McGonigal-Kenney et Shutte, 2004)ⁱⁱⁱ.

Marcher [C]

- Des programmes de marche, la promenade à l'extérieur et les promenades collectives dans les zones publiques de l'ESLD (Cohen-Mansfield, 2005).
- Dans un groupe, le résident marchera beaucoup plus longtemps que s'il est seul (Tappen, 2000).

Activités physiques [C]

- Programmes d'exercice physique collectif conçus pour accroître la force et la souplesse.
- Des programmes de mobilisation, bénéfiques tant pour le résident à mobilité réduite que pour le résident dont la mobilité n'est pas entravée, comprenant de l'échauffement et de l'étirement, de la marche, le renforcement des membres inférieurs et des membres supérieurs, le maintien de l'équilibre et le ralentissement-étirement (Lazowski, 1999)^{ib}.
- Les lignes directrices (2004) de McGonigal-Kenney et Shutte proposent deux programmes d'exercice physique.

Des interventions récréatives et d'autres activités structurées peuvent être utiles dans la prise en charge de l'agitation que peuvent manifester des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) ou d'autres formes de démence (Aronstein, 1996)^{iv}. Les résidents qui participent à des activités, sans subir de contention, sont moins agités (Cohen-Mansfield et Werner, 1998). Des chercheurs constatent qu'un programme d'entraînement physique améliore la mobilité, la souplesse et l'équilibre statique des résidents atteints de démence, qui présentent des risques de chute (Toulotte, 2003)^{ib}. De son côté, Holmberg (1997)ⁱ constate une réduction de 30 % des manifestations agressives en ESLD les jours où les résidents marchent en groupe, comparativement aux jours sans prome-

nade. Les activités structurées sont des éléments importants de la réadaptation psychosociale qui, du point de vue de la santé mentale des personnes âgées, vise l'optimisation de la fonction cognitive, des aptitudes interpersonnelles, de l'autonomie, la participation à des loisirs et l'utilisation des ressources communautaires.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions psychologiques et sociales

La thérapie comportementale individuelle est indiquée quand l'objectif consiste à prendre en charge les symptômes comportementaux, notamment les comportements inappropriés au contexte, les comportements perturbateurs ou potentiellement dangereux. [C]

La *thérapie comportementale*, qui repose sur la conviction que le comportement a par essence une signification, est axée sur des aspects internes de la personne, à savoir les aspects biopsychosociaux, et des aspects externes, comme le contexte ou le milieu social, dans l'évaluation et la prise en charge. Cette démarche, qui préconise les interventions les moins restrictives et dérangeantes et une planification personnalisée, s'est révélée utile comme elle diminue à la fois l'incidence des blessures chez le résident et le stress chez les prestataires (Gibson et Bol, 1996).

Le choix des interventions comportementales particulières est fondé sur une solide analyse comportementale (ACC). Soulignons de plus que l'analyse comportementale, à savoir la description des liens entre les antécédents, les comportements et les conséquences, est bénéfique comme telle, parce que les prestataires modifieront souvent leur propre comportement comme ils connaissent plus le comportement du résident (Rewilak, 2001).

Les données probantes appuyant l'efficacité des interventions comportementales proviennent surtout d'exposés de cas et d'études observationnelles (Cohen-Mansfield, 2001; Landreville, 1998; McGonigal-Kenney et Shutte, 2004; Snowden, 2003)ⁱⁱⁱ. Ces études examinent divers comportements problématiques, dont le fait d'être bruyant, l'errance, les AVQ, l'attitude au bain, les soins personnels inappropriés, le comportement sexuel et l'agressivité verbale ou physique. Dans bien des études, l'intervention comportementale est personnalisée et amène une réduction du comportement problématique examiné. L'efficacité des interventions suivantes a été démontrée :

Le renforcement différentiel

- Renforcer soit l'attitude calme, soit un comportement incompatible avec le comportement inapproprié.
- Récompenser par des compliments, des paroles apaisantes, la valorisation ou des aliments.
- Le principe d'une amélioration progressive vers le comportement désiré peut être appliqué, en soulignant les étapes franchies vers le comportement désiré.

Le renforcement différentiel est efficace pour venir à bout de l'agressivité comme de l'agitation verbale (Landreville, 1998)^{iv}.

Le contrôle du stimulus

- Établir une association entre un stimulus et un comportement particulier, comme un grand panneau d'arrêt pour arrêter, puis marcher de nouveau.
- Des indications verbales ou matérielles pour aider le résident à réagir aux stimuli (p.ex., Hussian, 1988)ⁱⁱⁱ.
- Souligner les antécédents ou établir une association entre des conséquences et des antécédents serait une approche efficace auprès du résident dont les comportements physiques problématiques ne sont pas de nature agressive, comme l'errance (Cohen-Mansfield, 2001; Landreville, 1998)^{iv}.

Plusieurs études de cas et d'autres études de petite envergure constatent que l'extinction, à savoir de l'attention accordée même en l'absence de comportements indésirables, ne serait pas efficace pour améliorer les problèmes comportementaux (Bourgeois et Vézina, 1998; Heard et Watson, 1999; Hussian, 1983)^{iv}. L'entraînement à la formulation d'énoncés positifs à propos de soi, en plus de l'extinction, produirait les effets voulus, semble-t-il (Cohen-Mansfield, 2001)^v.

Deux essais cliniques comparatifs et randomisés récents obtiennent des résultats ambigus sur l'efficacité pratique de techniques de prise en charge comportementale (Gormley, 2001; Teri, 2000). Ces études évaluent des programmes dans le cadre desquels des aidants naturels appliquent des techniques comportementales pour contrôler des comportements agressifs et agités chez des personnes âgées souffrant de démence. Gormley (2001)^b constate une tendance vers la réduction de l'agressivité des participants d'un groupe d'entraînement à la gestion comportementale (EGC). Cet entraînement consiste en l'évitement ou en la modification des facteurs déclenchant ou perpétuant les comportements, le recours à un mode de communication approprié, notamment un ton calme et des directives simples, la validation (p. ex., l'acceptation d'énoncés faux) et la distraction. Teri (2000)^b observe une réduction modeste comparable de l'agitation chez des personnes âgées souffrant de MA, traitées par l'halopéridol, la trazodone, l'EGC ou le placebo. L'entraînement consiste ici en des sessions structurées où les prestataires de soins obtiennent de l'information sur la MA et sur des stratégies pour atténuer les comportements agités, et ils se voient confier des tâches à accomplir pendant la session en plus d'assister à la projection d'une bande vidéo de formation. Cependant, les protocoles thérapeutiques ne sont pas personnalisés, ni conçus en fonction des besoins et des problèmes particuliers des participants.

En règle générale, les programmes comportementaux sont multiples. Par exemple, DeYoung (2002) a évalué l'effet d'un programme de gestion comportementale à l'intention des prestataires de soins auprès de personnes souffrant de démence qui manifestent de l'agressivité, de l'agitation ou un comportement perturbateur. Le programme éducatif de 28 heures a pour objectif d'enseigner des stratégies et techniques comportementales visant à modifier les milieux social et physique en fonction des besoins du résident. Le programme démontre également l'importance de connaître le résident personnellement et

de consulter les autres prestataires de soins de l'équipe pour connaître les particularités de la prestation des soins auprès de ce résident. La participation au programme s'est traduite par une diminution de l'agressivité, de l'agitation et des autres comportements perturbateurs. Les interventions utiles pour atténuer ces comportements sont la distraction verbale, des temps d'arrêt, la diversion par des activités, bien connaître la personne et adapter les milieux social et physique.

Ledoux (2000) a mis sur un pied un programme de gestion des comportements agressifs et perturbateurs, conçu selon des considérations cliniques, sanitaires et sécuritaires. L'auteur conclut qu'une stratégie de diversion personnalisée, faisant appel à la mémoire historique et procédurale, combinée à des modifications des milieux physique et social, réduit l'agressivité et les comportements perturbateurs durant les soins de base. La diversion provient du fait que l'attention du résident est captée par quelque chose qui lui importe, évitant ainsi qu'il se concentre sur les soins. Une autre diversion est créée en déclenchant un geste automatique pour ne pas que le résident devienne agité (p. ex., demander au résident de se laver les mains pendant que l'infirmière lui lave les organes génitaux).

Pour être en mesure de se prononcer davantage, des essais cliniques randomisés devraient étudier l'efficacité des interventions comportementales. Ces études pourraient aider à déterminer les avantages particuliers des divers éléments de l'EGC, outre les bienfaits qui ressortent des interactions, du soutien et de l'encouragement soutenus. De plus, des études comportant de longues périodes de suivi s'imposent.

5.3 Interventions médicamenteuses : analyse et recommandations

Avant d'envisager le traitement médicamenteux, des interventions non médicamenteuses sont mises en œuvre. Dans certaines situations au caractère urgent, il peut être nécessaire toutefois de recourir au traitement médicamenteux en même temps qu'aux interventions non médicamenteuses. Deux études exhaustives récentes examinent en profondeur les données probantes sur l'efficacité des traitements médicamenteux des problèmes comportementaux fréquents dans la démence (Sink, 2005; Weintraub et Katz, 2005).

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses

CEvaluer minutieusement les bienfaits et les effets néfastes potentiels des interventions médicamenteuses. [A]

L'ESLD est un milieu particulier à prendre en considération avant de prescrire des médicaments. La population y est d'une extrême fragilité, l'organisation sociale est complexe, les médecins ne sont pas nombreux, la prise des décisions est l'affaire des membres de l'équipe soignante, le pharmacien peut intervenir, le personnel est peu nombreux et de la formation peut être nécessaire. Il faut savoir également que les personnes âgées de plus de 65 ans sont particulièrement vulnérables aux

effets indésirables des médicaments en raison de la comorbidité, des changements physiologiques du vieil âge et du grand nombre de médicaments qui leur sont prescrits. Plusieurs principes généraux devront donc être pris en compte dans l'élaboration du plan de traitement qui prévoit une intervention médicamenteuse. Ces principes sont examinés à l'annexe B.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses

Les antipsychotiques atypiques représentent les médicaments de première intention appropriés en présence de symptômes comportementaux graves accompagnés de symptômes psychotiques. [B] Les antipsychotiques atypiques ne sont indiqués que si il y a un risque marqué, une incapacité ou une grande souffrance occasionnée par les symptômes. [C]

Il importe de savoir que certains comportements seront réfractaires au traitement médicamenteux, notamment l'errance, l'intention de sortir constante et le fait d'être excessivement bruyant.

Les données probantes les plus concluantes issues d'essais cliniques contrôlés par placebo en ESLD confirment le bien-fondé du recours aux antipsychotiques atypiques (Brodaty, 2003^b; De Deyn, 2004, 1999; Katz, 1999; Street, 2000)^{1b}. Dans leur énoncé consensuel (2003), l'AGS/AAGP entérinent la recommandation ci-dessus. Les études mentionnées comparent l'olanzapine ou le rispéridone au placebo. Une revue d'études sur la banque de données Cochrane concernant l'efficacité pratique des antipsychotiques atypiques dans le traitement de l'agressivité et de la psychose dans la maladie d'Alzheimer a examiné 16 essais cliniques contrôlés par placebo et en a retenu neuf pour réaliser une méta-analyse (Ballard et Waite, 2006). L'étude affirme que le rispéridone et l'olanzapine sont utiles pour réduire l'agressivité, et que le rispéridone diminue la psychose. Cette efficacité, somme toute modeste, a un prix, celui d'une hausse notable des effets indésirables, qui fait dire aux auteurs que ni le rispéridone, ni l'olanzapine ne devraient être prescrits de façon courante pour traiter l'agressivité ou la psychose à moins qu'il n'y ait un risque marqué ou une détresse psychologique profonde. Trois autres études récentes offrent des vues d'ensemble judicieuses (Carson, 2006; Lee, 2004; van Iersel, 2005).

Le clinicien se doit d'évaluer minutieusement les risques et les bienfaits dans chaque cas, et d'obtenir le consentement éclairé de son patient. Des essais cliniques contrôlés par placebo laissent entrevoir un taux de mortalité accru chez les personnes traitées par un antipsychotique atypique, comparativement aux personnes sous placebo, plus précisément une hausse d'un facteur de 1,5 à 1,7 du taux de mortalité (Schneider, 2005; Food and Drug Administration, É.-U., 2005). Des données probantes soulignent également le risque accru d'accidents cérébraux vasculaires. Au chapitre des effets indésirables potentiels, mentionnons les symptômes extrapyramidaux, la démarche vacillante, la sédation, l'allongement de l'espace QTc, les effets anticholinergiques (notamment le délire) et les anomalies métaboliques, tel le risque accru de diabète.

Considérant cette mise en garde, de nombreux experts dans le domaine sont d'avis que l'administration d'antipsychotiques en présence de démence devrait être réservée à l'agitation ou à la psychose grave où la gravité est évaluée selon le danger, la souffrance ou l'incapacité considérable (Weintraub et Katz, 2005). S'il prescrit un antipsychotique atypique, le clinicien le fait à la dose la plus basse possible.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses

Le traitement médicamenteux de première intention approprié en cas de symptômes comportementaux graves sans symptômes psychotiques se compose : a) d'un antipsychotique atypique; b) d'un antidépresseur comme la trazodone ou un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine, comme le citalopram ou la sertraline. Antipsychotiques [B]; antidépresseurs [C]

Les données probantes confirmant l'efficacité pratique des antidépresseurs dans le traitement des symptômes comportementaux sont limitées. Un essai clinique randomisé et contrôlé par placebo constate que le citalopram est de beaucoup supérieur au placebo, et qu'il surclasse même la perphénazine (Pollock, 2002)^b. Une analyse récente d'études contrôlées par placebo révèle cependant que quatre essais cliniques sur des antidépresseurs sérotonergiques aboutissent à des résultats négatifs (Sink, 2005)^b. Une étude comparant la trazodone et l'halopéridol les juge équivalents dans l'amélioration de l'agitation (Sultzer, 1997)^b.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses

Le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux graves peut également comporter : a) un anti-convulsivant comme la carbamazépine; b) une benzodiazépine d'action brève ou intermédiaire. Carbamazépine [B]; Benzodiazépines [C]

Un ECR contrôlé par placebo démontre que la carbamazépine réduit l'agitation dans une certaine mesure (Tariot, 1998)^b, tandis que Olin (2001) y trouve une efficacité limitée. Les effets indésirables potentiels de la carbamazépine sont la toxicité hépatique et les dyscrasies sanguines. Des ECR contrôlés par placebo sur le divalproex sodique concluent à l'absence d'effets bénéfiques (Porsteinsson, 2001; Tariot, 2005)^b.

Des études pharmacoépidémiologiques révèlent que les benzodiazépines sont fréquemment prescrites en ESLD dans bien des pays pour maîtriser l'anxiété, l'insomnie et les symptômes comportementaux (Conn, 1999). Comme leur efficacité dans l'agitation manifestée par cette population n'est pas démontrée avec certitude, les benzodiazépines ne sont pas des médicaments de premier recours. Dans la plupart des cas, leur administration devrait se limiter à de brèves périodes, soit deux ou trois semaines. Le clinicien aurait avantage à opter pour une benzodiazépine à brève durée d'action, en administration au

besoin. Deux ECR indiquent que les benzodiazépines sont aussi efficaces que l'halopéridol à dose basse (Christensen et Benfield, 1998; Coccaro, 1990). Les benzodiazépines peuvent parfois causer une désinhibition paradoxale. Elles peuvent également provoquer de la sédation excessive, une démarche vacillante, des chutes et une aggravation des déficits cognitifs. Les benzodiazépines de longue durée d'action, comme le diazépam, sont à éviter dans cette population.

La polythérapie peut s'avérer nécessaire pour maîtriser les symptômes comportementaux graves quand la monothérapie, selon la dose et la durée préconisées, a échoué.

Dans des situations d'urgence où le résident ou d'autres personnes sont en danger physique, les médicaments suivants sont indiqués : l'halopéridol, la loxapine ou l'olanzapine en injection intramusculaire (IM). Les médicaments sous forme de comprimés à dissolution rapide, comme l'olanzapine (Zyprexa Zydis) ou le rispéridone (Rispéridal M-tab), peuvent être utiles également quand le résident est en mesure de collaborer. Certaines benzodiazépines, tel le lorazépam, peuvent être utiles. À ce propos, Neehan (2002)^b constate que l'olanzapine et le lorazépam IM sont efficaces pour réduire l'agitation présente dans la démence (deux heures après l'administration). À noter que dans les 24 heures qui suivent le traitement, les personnes traitées avec l'olanzapine sont toujours mieux que les personnes sous placebo, ce qui n'est pas le cas des personnes traitées avec le lorazépam.

Note : Il est rarement nécessaire d'administrer des médicaments par la voie intramusculaire en ESLD. Le cas échéant, le médicament est prescrit à une dose plus basse que chez l'adulte d'âge moyen (p. ex., la dose d'halopéridol devrait être de 0,5 ou 1,0 mg IM). Il faut savoir que le risque d'effets indésirables extrapyramidaux, comme la dystonie aiguë, est plus élevé avec les antipsychotiques traditionnels comme l'halopéridol.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses

Le traitement médicamenteux approprié de la désinhibition sexuelle marquée peut être : a) l'hormonothérapie par le médroxyprogestérone, le cyprotérone ou le leuprolide par exemple; b) un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; c) un antipsychotique atypique. [D]

Seules quelques rares données probantes, issues principalement d'exposés de cas, appuient l'efficacité du traitement médicamenteux des comportements sexuels inappropriés (Cooper, 1987; Levitsky et Owens, 1999)^{iv}. En général, l'hormonothérapie est réservée aux hommes dont le cas est grave quand d'autres interventions ont échoué. Les effets indésirables courants sont le gain pondéral, la douleur mammaire, la dépression et l'œdème. L'hormonothérapie peut s'accompagner d'un risque accru de thromboembolie. Black (2005) a étudié dernièrement ces comportements et les traitements disponibles.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses

Le traitement médicamenteux approprié des symptômes comportementaux présents dans la démence frontotemporale est la trazodone ou un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine. [B]

Cette recommandation est fondée principalement sur les résultats de deux ECR de petite envergure (Lebert, 2004; Moretti, 2003)^{1b}. Lebert (2004) a comparé la trazodone au placebo, et a constaté une certaine efficacité de la trazodone particulièrement en ce qui a trait à l'irritabilité, à l'agitation, aux symptômes dépressifs et aux troubles de l'alimentation. De son côté, Moretti (2003) rend compte de l'effet bénéfique de la paroxétine sur le comportement dans le cadre d'une étude ouverte randomisée et contrôlée de 14 mois.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses

Le traitement médicamenteux approprié des symptômes comportementaux ou de la psychose dans la maladie de Parkinson ou de la démence à corps de Lewy est formé : a) d'un inhibiteur de la cholinestérase ou, en dernier recours b) de l'antipsychotique atypique le moins susceptible d'exacerber les symptômes extrapyramidaux, comme la quétiapine. Inhibiteurs de la cholinestérase [B]; quétiapine [C]

Un ECR contrôlé par placebo sur la rivastigmine (un inhibiteur de la cholinestérase) dans la démence à corps de Lewy constate que le médicament réduit les symptômes comportementaux et, en particulier, les hallucinations (McKeith, 2000)^{1b}. *Les antipsychotiques devraient être évités chez les résidents souffrant de cette forme de démence car le risque d'effets indésirables graves est élevé.* Les données probantes concernant les antipsychotiques atypiques dans cette forme de démence sont limitées à des exposés de cas. Si l'antipsychotique est absolument nécessaire en présence de maladie de Parkinson, la quétiapine est celui qui est le moins susceptible d'exacerber les symptômes moteurs (Friedman et Factor, 2000). En l'absence de réponse à

l'inhibiteur de la cholinestérase ou à la quétiapine, la clozapine pourrait être utile, comme l'illustre des données probantes, dans la psychose associée à la maladie de Parkinson, pour autant que s'instaure une surveillance du risque d'agranulocytose (Morgante, 2004).

Note : Des données probantes démontrent que les inhibiteurs de la cholinestérase, à savoir le donépézil, la galantamine et la rivastigmine, et la mémantine peuvent retarder l'apparition des problèmes comportementaux dans la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Une méta-analyse récente d'inhibiteurs de la cholinestérase chez des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer fait ressortir une amélioration légère, mais statistiquement significative, dans les études où le NPI (Inventaire neuropsychiatrique) est l'instrument d'évaluation, et une tendance vers l'amélioration dans les études qui s'en remettent à l'échelle ADAS-noncog (Trinh, 2003)^{1a}.

Il est impératif que d'autres études se penchent sur le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux en ESLD. Il nous faut cerner de meilleurs indicateurs de la réponse à certaines classes de médicaments. Des essais cliniques de grande envergure comparant l'efficacité pratique de ces médicaments seraient fort utiles.

Recommandation : Symptômes comportementaux : interventions médicamenteuses

Le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux ou de la psychose présents dans la démence est réévalué à intervalles réguliers, aux trois à six mois par exemple, pour déterminer la pertinence de diminuer la dose ou de cesser le traitement. Le traitement médicamenteux s'accompagne de la surveillance continue des effets indésirables. [A]

Dans leur énoncé consensuel (2003), l'AGS/AAGP entérinent cette recommandation, en précisant que la réévaluation doit avoir lieu aux six mois à tout le moins. Nous comptons au moins trois ECR qui démontrent la possibilité de cesser le traitement antipsychotique chez la majorité des résidents à la suite d'une période de stabilité (Ballard, 2004; Cohen-Mansfield, 1999; van Reekum, 2002)^{1b}.

Partie 6 : Considérations organisationnelles et systémiques

6.1 Introduction

Les recommandations de la présente section découlent des considérations organisationnelles et systémiques exposées ici. Les considérations organisationnelles ont trait aux normes et méthodes internes, notamment en gestion des ressources humaines, alors que les considérations systémiques concernent le contexte communautaire et les partenariats.

6.2 Considérations organisationnelles : analyse et recommandations

Recommandation : Considérations organisationnelles

Par l'application de principes d'aménagement, l'ESLD offre un milieu physique et social qui correspond à un milieu thérapeutique. [D]

Étant donné l'importance des milieux physique et social de l'ESLD dans la prestation des soins, il est recommandé que l'établissement constitue un milieu thérapeutique par l'application de lignes directrices et de principes d'aménagement du cadre physique et d'adaptation du milieu social.

Le contexte social, incluant notamment la théorie et les modalités de prestation des soins, les activités relationnelles et sociales, la communication entre les intervenants, le cadre physique constitué par les locaux, le bruit, les dispositifs de sécurité, l'aménagement et les aspects perceptibles, forment le milieu. Le milieu thérapeutique peut être conçu pour promouvoir la santé mentale de tous les résidents, en veillant à abaisser le volume sonore par l'élimination de la diffusion générale des sonneries et des messages vocaux par exemple, ou pour combler des besoins particuliers en offrant du soutien par des pairs à un résident en dépression ou en tenant compte de la compatibilité dans le jumelage des compagnons de chambre (Verma, 1998).

Plusieurs caractéristiques sociales du milieu ont été mentionnées dans les sections précédentes. *Il est hors de propos ici de revoir en détail la documentation sur la conception du milieu physique. Nous soulignons toutefois l'importance de cette documentation dans l'aménagement d'un milieu thérapeutique efficace.*

Cette documentation insiste sur des questions comme la taille et la conception de l'unité de soins en vue de réduire l'agitation (Houde, 1996; Williams-Burgess, 1996) et le contrôle des stressors environnementaux (Kovach et Meyeur, 1997). Le modèle Eden est un exemple bien connu d'une démarche systématique dans l'aménagement physique qui repose sur les principes et les valeurs qui sous-tendent la prise en charge des résidents (www.edenalt.com). Une étude qui examine l'influence de ce modèle sur la qualité de vie des patients et la qualité de vie au travail dans cinq ESLD révèle que le nombre d'in-

cidents agressifs a diminué de 60 %, que le moral des prestataires de soins est à la hausse avec réduction de blessures et d'absentéisme du personnel (Ransom, 2000).

La Société Alzheimer du Canada propose des lignes directrices sur l'aménagement physique, applicables aux ESLD (www.alzheimer.ca). L'aménagement physique favorable offre un hébergement sûr, tient compte des particularités individuelles, favorise la mobilité physique fonctionnelle, l'interaction sociale et des activités fructueuses.

Dans la même veine, la CCSMPA a élaboré des lignes directrices, Supportive Physical Design Principles for Long-Term Care Settings, qui précisent les caractéristiques du milieu physique et social, qui favorisent le mieux-être des résidents. Les recommandations figurent à <http://www.ccsmh.ca/en/designPrinciples.cfm>, et elles portent notamment sur :

- La sécurité optimale;
- L'orientation et l'optimisation de la fonction d'alerte;
- Le soutien des capacités fonctionnelles par l'application de principes de réadaptation psychosociale;
- La facilitation du contact et de l'interaction sociale;
- Le respect de l'intimité;
- Les possibilités d'emprise sur sa vie;
- La régulation de la quantité et de la qualité de la stimulation;
- La promotion de la continuité de soi.

Recommandation : Considérations organisationnelles

L'ESLD prévoit une directive écrite sur la dotation en personnel appropriée à la prise en charge de résidents âgés présentant des symptômes comportementaux ou affectifs. [C]

Le niveau de dotation ainsi que les qualifications du personnel en fonction des groupes diagnostiques déterminent souvent la capacité d'offrir les soins appropriés. Malgré que les données probantes sur la dotation en personnel des ESLD soient limitées, la dotation en personnel infirmier à un niveau approprié est l'un des éléments essentiels de la prestation de soins sûrs et compétents. Les décisions dans ce domaine doivent être prises en fonction de la gravité et de la complexité des cas et de la disponibilité des ressources expertes.

La documentation indique que le ratio d'infirmières autorisées par rapport aux résidents, outre d'autres aspects précis comme l'expérience des prestataires, influence favorablement l'évolution de l'état de santé des résidents (Anderson, 2003). Une étude financée par les *Centers for Medicare and Medicaid Services* (2001) constate qu'un niveau de dotation élevé en ESLD s'accompagne d'une diminution des ulcères de pression, des lésions cutanées et de la perte de poids. Les chercheurs observent que chaque unité d'augmentation de la dotation produit une amélioration de l'évolution de l'état de santé des résidents. Le seuil minimal de la dotation est également connu, soit 2,8 heures par résident par jour (HRJ) concernant les infirmières

auxiliaires et les travailleurs de soutien, et 1,3 HRJ concernant les professionnels qualifiés. Schnelle (2004) confirme ce seuil. Les ESLD qui se rangent dans le dixième percentile supérieur en matière de dotation (>4,1 HRJ) sont les plus efficaces dans l'exécution de 13 des 16 processus de la prestation des soins, comme l'aide à l'alimentation ou aux soins personnels. L'Association des infirmiers et des infirmières du Canada a publié un document sur les ressources humaines en santé qui évalue la composition du personnel (http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Final_Staf_Mix_Literature_Review_e.pdf).

Ce n'est que par la recherche que nous connaissons mieux le niveau de dotation et la composition du personnel nécessaires à la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles comportementaux ou affectifs. Cette recherche devra également préciser les fonctions des praticiens, notamment celles des infirmières autorisées, des infirmières cliniciennes, des aides soignants et des travailleurs de soutien, dans la prestation des soins aux résidents présentant des symptômes de l'humeur ou du comportement.

Recommandation : Considérations organisationnelles

L'ESLD propose à son personnel un programme de formation axé sur les besoins des résidents souffrant de dépression ou de troubles comportementaux. En théorie, un praticien de l'établissement dirige ce programme, y compris l'élaboration et la mise en application de pratiques exemplaires. [C]

L'éducation et la formation déficientes peuvent compromettre la prestation des soins et la sécurité des résidents (Anderson, 2005). Les prestataires de soins doivent bénéficier d'une formation sur la détection et la prise en charge des symptômes dépressifs et comportementaux (Boustani, 2005)III. Selon des experts, l'éducation des praticiens est nécessaire, mais insuffisante pour améliorer la pratique. Favoriser la transmission du savoir dans la pratique est chose complexe. Il n'y a pas qu'une seule façon de mettre en application les connaissances acquises, par tous les praticiens et dans tous les milieux de pratique.

Anderson (2005) est d'avis que la prestation des soins en ESLD, pour être efficace, passe par la diversité des habiletés cognitives et pragmatiques chez les prestataires de soins, à savoir que des personnes aux caractéristiques différentes exercent diverses fonctions pour diffuser de la nouvelle information. Plusieurs stratégies d'éducation et de formation des prestataires de soins en charge de personnes souffrant de dépression ou de troubles comportementaux sont d'efficacité démontrée. L'une d'elle consiste à former une équipe clinique interne, par la réaffectation de ressources de l'établissement notamment, tandis qu'une autre consiste à embaucher une infirmière d'expérience ou une infirmière clinicienne (Kane, 2002; Ryden, 2000). Ces deux stratégies ont pour objectif d'offrir du soutien aux prestataires de première ligne qui dispensent les services aux personnes âgées, et de cerner et de

faciliter l'application de stratégies de formation et de perfectionnement conformes aux pratiques exemplaires et à la réalité de l'ESLD. Elles ont aussi pour objectif de favoriser l'amélioration des principes directeurs et de la pratique concernant les problèmes particuliers de l'ESLD, de constituer une ressource interne qui collabore efficacement avec les ressources externes, tout en s'assurant que l'équipe relève directement de la haute direction.

Quand l'équipe compte une infirmière d'expérience (IE), l'état des résidents s'améliore grandement, ou se détériore moins, en ce qui concerne l'incontinence, les ulcères de pression et le comportement agressif (Ryden, 2000). Les chercheurs constatent également une moins grande détérioration de l'affect. Dans les ESLD bénéficiant des services d'IE, les familles sont plus nombreuses à se dire satisfaites des soins médicaux prodigués à leur proche (Kane, 2002).

Le programme ontarien PIECES propose la constitution d'une ressource interne en ESLD, destinée à améliorer la prise en charge comportementale des résidents (<http://www.piecescanada.com/pc-on.html>). Le programme est en fait une stratégie de formation globale à l'échelle de la province, conçue pour accroître la capacité des professionnels de la santé à répondre aux besoins en santé de personnes dont l'état physique, mental ou cognitif est complexe et qui présentent des problèmes comportementaux. PIECES offre un cadre de référence permettant de saisir et d'évaluer méthodiquement la signification du comportement observé. Au chapitre des ressources éducatives au Canada, citons *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Facility : a Handbook for Staff* (Conn, 2001) et le répertoire de la CCSMPA Matériel pédagogique pour les travailleuses et les travailleurs de première ligne (www.ccsmh.ca).

À titre de stratégie de formation et d'éducation du personnel, mentionnons également la collaboration avec un établissement d'enseignement universitaire, notamment par l'intermédiaire d'une fonction assignée à des professionnels de l'établissement le cas échéant, comme moyen de promouvoir la transmission des connaissances. De plus, les administrateurs, les directeurs des soins et les infirmières chefs en ESLD sont tenus de prendre les rênes à ce sujet pour améliorer les soins et faciliter l'application des données probantes émergentes (Anderson, 2005). Comme nous en savons peu sur la façon d'améliorer la gestion et la supervision de la prestation des soins en ESLD, la recherche devra se pencher sur la question.

Il n'existe pas de façon unique de transmettre le savoir, qui illustre comment les prestataires de soins utilisent leurs connaissances dans différents milieux de pratique. Il serait prématuré d'appliquer en ESLD les constatations d'études sur la transmission du savoir menées en milieux de soins actifs, que ce soit par les professionnels de la santé ou le personnel auxiliaire. Il s'ensuit que la recherche sur la transmission du savoir devra se concentrer sur l'ESLD.

Recommandation : Considérations organisationnelles

L'ESLD doit se doter d'un protocole écrit concernant l'administration de médicaments par les auxiliaires. [D]

Au pays, la pratique concernant l'administration de médicaments en ESLD par les infirmières ou les auxiliaires varie. Nous sommes néanmoins convaincus de la nécessité du protocole écrit en ESLD pour encadrer la pratique à ce sujet dans ce milieu. L'administration de médicaments est assujettie à la réglementation professionnelle, à la législation en santé et aux normes éducatives. Le protocole doit préciser en outre que la personne qui administre les médicaments est tenue de surveiller et de documenter la réponse du résident au traitement médicamenteux. Il est, d'autre part, essentiel de voir à l'éducation continue des prestataires de soins concernant l'administration des médicaments et la pharmacovigilance dans une population de personnes âgées.

Recommandation : Considérations organisationnelles

L'ESLD prévoit des lignes directrices écrites sur l'utilisation des mesures de contention. [D]

Le sujet de la contention revêt de l'importance dans le cadre de l'évaluation et de la prise en charge des troubles comportementaux en ESLD, et il est nécessaire d'insister sur le fait que la contention n'est pas une réponse thérapeutique aux symptômes comportementaux. La contention physique ne devrait être perçue qu'à titre d'intervention brève appliquée seulement dans des circonstances très particulières.

Le lecteur est prié de consulter *Les lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge du délirium* (CCSMPA, 2006) qui abordent en détail le sujet de la contention et formulent des recommandations précises à cet égard.

6.3 Considérations systémiques : analyse et recommandations

Recommandation : Considérations systémiques

L'ESLD devrait bénéficier de services de santé mentale dispensés par des praticiens ou une équipe multidisciplinaire possédant de l'expertise en santé mentale gériatrique. [D]

Nous abondons dans le même sens que les experts et les lignes directrices antérieures qui prétendent que l'ESLD doit avoir accès à des services conseils en santé mentale. Dans certaines régions, une équipe psychogériatrique ambulatoire peut être disponible pour offrir l'évaluation et le traitement des résidents ainsi que l'éducation des praticiens. Si ce n'est pas le cas, l'ESLD peut retenir les services de professionnels. De plus, l'ESLD devrait avoir accès à des services hospitaliers spécialisés en soins actifs dans la région pour les résidents dont les trou-

bles comportementaux ne peuvent être pris en charge dans l'établissement. D'autres ESLD auront une unité particulière où des soins spécialisés peuvent être dispensés.

Malheureusement, de tels services ne sont pas disponibles dans bien des régions du pays. Les nouvelles technologies pourront alors faciliter la consultation spécialisée à distance (télémédecine). En effet, dans quelques régions rurales canadiennes, la téléconsultation vient s'ajouter aux services de santé mentale gériatriques locaux.

Recommandation : Considérations systémiques

Les administrateurs et les gestionnaires en ESLD sont en mesure de défendre la cause de la santé et du bien-être des résidents âgés auprès des décideurs et des bailleurs de fonds des administrations publiques locales, provinciales et fédérale. [D]

Pour être en mesure de défendre les intérêts des résidents, les administrateurs et les gestionnaires de l'établissement sont tenus de connaître les tendances épidémiologiques de l'heure et les besoins en santé d'une population vieillissante, en s'attardant à l'incidence de la dépression et des troubles comportementaux en ESLD. Au Canada, des documents comme *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada* (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002)^{iv}, *L'Accord des Premiers ministres* (Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, 2003)^{iv} et *Leadership de la profession infirmière* (Ferguson-Paré, 2002)^{iv} relèvent la nécessité de s'attarder aux questions du leadership et du développement des ressources humaines en santé.

Grâce à une préparation et à une formation appropriées, les professionnels de la santé oeuvrant en ESLD deviendront des chefs de file avisés, pourvu que l'on se soucie un temps soit peu de la qualité de leur milieu de travail (McGilton, 2004)^{iv}.

Recommandation : Considérations systémiques

L'ESLD prévoit un mécanisme d'assurance du respect des droits éthiques et légaux du résident âgé. [D]

L'équipe interdisciplinaire devrait encourager la personne âgée, qui est toujours apte mentalement, à identifier la personne qui prendra des décisions à sa place. La personne désignée prendra la relève du résident âgé quand celui-ci sera jugé inapte mentalement. La démarche préalable consiste à identifier la personne qui a le pouvoir de prendre des décisions au nom du patient, à moins qu'un mandataire n'ait déjà été désigné. Dans cette discussion sur la prise de décision, l'équipe aide la personne âgée à identifier les personnes qui prendront des décisions en son nom quand elle ne sera plus en mesure de le faire. Si elle désire désigner une personne autre que le premier mandataire selon la hiérarchie convenue, elle devra le faire en vertu d'une procuration officielle. Ainsi, par exemple, la hiérarchie des mandataires en Ontario s'établit comme suit :

- Le tuteur de la personne;
- Le mandataire en vertu de la procuration relative aux soins de la personne;
- Le représentant désigné par la Commission du consentement et de l'aptitude;
- L'époux ou le conjoint;
- Le conjoint ou l'enfant ayant la garde;
- Le proche ayant le droit de visite;
- Le frère ou la sœur;
- Un autre membre de la parenté;
- Le tuteur et le curateur public.

Si, dans un tel système, le patient désire que son enfant plutôt que son conjoint prenne les décisions à sa place, il devra le désigner mandataire en vertu d'une procuration. Cette procédure s'applique également quand plusieurs enfants ou frères et sœurs peuvent intervenir en tant que mandataires, mais que le patient préférerait qu'un enfant ou un frère ou une sœur en particulier prenne les décisions en son nom.

Les dilemmes éthiques sont nombreux en ESLD, et ils doivent être examinés et réglés. Les praticiens doivent connaître la législation provinciale, car c'est du ressort de la province de protéger les droits des personnes âgées. En outre, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des personnes âgées (<http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyop-pop.htm>) offre un cadre de référence utile en ESLD pour protéger et promouvoir les droits des personnes âgées. Il n'en demeure pas moins essentiel pour les praticiens de connaître la législation de la province où ils exercent, puisqu'il est du ressort de la province de protéger, promouvoir et soutenir les droits des personnes âgées.

Recommandations : Considérations systémiques

L'ESLD veille à la planification et à l'affectation des ressources, et au soutien organisationnel et administratif nécessaires à l'application des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires. [D]

L'ESLD surveille et évalue la mise en œuvre des recommandations sur les pratiques exemplaires. [D]

La mise en œuvre réussie de lignes directrices sur les pratiques exemplaires suppose la planification et l'affectation des ressources nécessaires, ainsi que du soutien organisationnel et administratif. Dans sa préparation préalable, l'établissement :

- Évalue sa situation et cerne les obstacles à surmonter pour éduquer son personnel;
- S'assure de la participation de tous les membres qui devront soutenir la mise en œuvre;
- Désigne un chef de file qualifié qui dirigera la formation et la mise en œuvre;
- Propose des séances de discussion et de formation périodiques pour promouvoir le bien-fondé des pratiques exemplaires;
- Offre la possibilité de réfléchir sur l'expérience individuelle et organisationnelle de la mise en œuvre des lignes directrices.

L'organisation qui met en œuvre des recommandations en matière de pratiques exemplaires doit également déterminer de quelle façon elle surveillera et évaluera ces pratiques exemplaires. Dans cette optique, elle :

- Confie à des membres du personnel dotés d'habiletés relationnelles et d'aptitudes en gestion de projets la responsabilité de promouvoir l'expertise clinique en exerçant leur leadership;
- Met sur un pied un comité de direction formé d'intervenants clés qui chapeautera les initiatives cliniques à l'aide d'un plan de travail prévoyant les activités de suivi, les attributions et les échéanciers;
- Propose des sessions éducatives et un soutien constant à la mise en œuvre;
- Offre du soutien organisationnel et administratif pour faciliter la mise en œuvre et l'évaluation.

Partie 7 : Conclusion et perspectives d'avenir

En ESLD, dispenser des soins aux résidents souffrant de problèmes de santé mentale est une tâche bien difficile. C'est d'ailleurs le souci de la qualité des soins dans le monde qui a donné lieu à la formation récente du Groupe d'étude sur les services de santé mentale en établissement de soins de longue durée de l'Association de psychogériatrie internationale (IPA) (<http://www.ipa-online.org>). Il ressort déjà des travaux du Groupe que le sujet est pertinent un peu partout dans le monde. Les problèmes cernés ont trait au niveau de dotation insuffisant, à l'insuffisance de la formation en santé mentale, au vieillissement et à l'aménagement déficient des ESLD, à l'inefficacité en matière de dépistage et d'évaluation en temps opportun, à l'administration inappropriée de psychotropes et à la disponibilité limitée des spécialistes en santé mentale, pour ne mentionner que ceux-là.

Bien que nous soyons confrontés aux mêmes problèmes ici, il convient de souligner que des ESLD modèles dispensent d'excellents soins et que des services de santé mentale de pointe sont disponibles dans certaines régions. Divers modèles d'organisation des services existent, mais il semblerait, d'après des données probantes, que les services de liaison, impliquant une équipe multidisciplinaire et offrant des services de formation, par exemple, seraient plus efficaces que le modèle traditionnel de consultation médicale spécialisée (Draper, 2000). Il importe

de souligner l'existence de certains programmes éducatifs novateurs, dont le programme PIECES (<http://www.piecescanada.com/pc-on.html>) et le Programme de consultation psychogériatrique en Ontario.

Nous espérons que les présentes lignes directrices seront utiles aux professionnels de la santé de premier recours, aux spécialistes, aux administrateurs, aux organismes de réglementation et aux autres intervenants qui sont au service des résidents et de leur famille. Nous sommes conscients de la difficulté de mettre en œuvre toutes les recommandations présentées ici considérant les défis à relever; nous souhaitons néanmoins que les établissements s'efforcent d'en adopter le plus grand nombre possible.

Le présent document vient ponctuer une démarche dynamique où il prévu que les recommandations seront mises à jour au fil des faits nouveaux dans le domaine. Ces mises à jour paraîtront dans le site Web de la CCSMPA (www.ccsmh.ca). Vos observations nous seraient précieuses pour améliorer le document, n'hésitez donc pas à communiquer directement avec nous ou à remplir le questionnaire dans le site Web. La Coalition prévoit également sonder les ESLD au pays pour connaître l'étendue de la mise en application des présentes lignes directrices.

Sources de référence

- AGREE Collaboration (2001). Appraisal of guidelines for research and valuation [AGREE] instrument. Disponible à : <http://www.agreecollaboration.org>.
- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Use of the Cornell scale in nondemented patients. *J Am Geriatr Soc* 1988;36(3):230-6.
- Alexopoulos, GS, Jeste DV, Chung H, Carpenter D, Ross R, & Docherty JP. The expert consensus guideline series: Treatment of dementia and its behavioural disturbances. *A Postgrad Med Special Report* 2005.
- Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series: Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *A Postgrad Med Special Report*. New York: McGraw-Hill; 2001.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M, et al. Executive dysfunction and long term outcomes of geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:285-90.
- Alexopoulos GS, Raue P, Areean P. Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11:46-52.
- American Association of Retired Persons (AARP). Issue Paper: better mental health care for all generations. Washington (DC): American Association of Retired Persons; 1994.
- American Geriatrics Society (AGS). The management of pain in older persons. *JAGS* 2002;50(6S):S205-24.
- American Geriatrics Society, American Association for Geriatric Psychiatry (AGS/AAGP). Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioural symptoms associated with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(9):1287-98.
- American Medical Directors Association (AMDA). Depression: clinical practice guidelines. Columbia (MD): AMDA; 2003. Disponible à : www.amda.ca.
- American Medical Directors Association (AMDA). Chronic pain management in the long term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association; 1999.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision Washington (D.C.): American Psychiatric Association; 2000a.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depression. American Psychiatric Association; 2000b. Disponible à : www.psych.org/clin.res/Depression2ebook.cmf.
- American Psychological Association (APA). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist* 2004;59:236-260. Disponible à : <http://www.apa.org/practice/adult.pdf>.
- American Society of Consultant Pharmacists (ASCP). Guidelines for use of psychotherapeutic medications in older adults. American Society of Consultant Pharmacists 1995. Disponible à : <http://www.ascp.com/public/pr/guidelines/psychmed.shtml>
- Ames D. Depression among elderly residents of local authority residential homes. Its nature and the efficacy of intervention. *Br J Psychiatry* 1990;156:667-75.
- Ancoli-Israel S, Gehrman P, Martin JL, Shochat T, Marler M, Corey-Bloom J, Levi L. Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. *Behav Sleep Med* 2003;1(1):22-36.
- Anderson RA, Bailey DE, Corazzini K, Piven ML. The power of relationship for high-quality long term care. *J Nurs Care Qual* 2005;20(2):103-6.
- Anderson RA, Issel LM, McDaniel RR Jr. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nurs Res* 2003;52(1):12-21.
- Anderson MA, Wendler MC, Congdon JC. Entering the world of dementia: CNA interventions for nursing home residents. *J Gerontol Nurs* 1998;24(11):31-7.
- Aronstein Z, Olsen R, Schulman E. The nursing assistants use of recreational interventions for behavioral management of residents with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 1996;11:26-31.
- Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (RNAO). Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario; 2004. Disponible à : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C4_caregiving_elders_ddd.asp
- Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (RNAO). Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario; 2003. Disponible à : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C3_ddd.asp
- Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;123(3):195-204.
- Babins LH, Dillon JP, Merovitz S. The effects of validation therapy on disoriented elderly. *Act Adapt Aging* 1998;12:73-86.

- Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R, Redman J. A comparison of the effects of snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:1047-52.
- Bains J, Birks JS, Denning TR. The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (4):CD003944.
- Baldwin R, Wild R. Management of depression in later life. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:131-9.
- Ballard CG, O'Brien JT, Reichelt K, Perry EK. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *J Clin Psychiatry* 2002;63:553-8.
- Ballard CG, Thomas A, Fossey J, Lee L, Jacoby R, Lana MM et al. A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *J Clin Psychiatry* 2004;65(1):114-9.
- Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD003476.
- Beck CK, Heacock P, Mercer SO, Walls RC, Rapp CG, Vogelpohl TS. Improving dressing behaviour in cognitively impaired nursing home residents. *Nurs Res* 1997;46(3):126-32.
- Beck CK, Modlin T, Heithoff K, Shue V. Exercise as an intervention for behavior problems. *Geriatr Nurs* 1992;13:273-5.
- Beck CK, Vogelpohl TS, Rasin JH, Uriri JT, O'Sullivan P, Walls R, et al. Effects of behavioural interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nurs Res* 2002;51:219-28.
- Beers, MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med* 1991;151:1825-32.
- Black B, Muralee S, Tampi R. Sexually inappropriate behaviors. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2005;18: 155-62.
- Bleathman C, Morton I. Validation therapy: a review of its contribution to dementia care. *Br J Nurs* 1996;14:866-8.
- Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life-review on late-life depression: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:1088-94.
- Borson S, Fletcher PM. Mood Disorders. In: Reichman WE, Katz PR, editors. *Psychiatric Care in the Nursing Home*. New York: Oxford University Press; 1996. p.67-93.
- Bourgeois MS, Mason LA. Memory wallet intervention in an adult day-care setting. *Behav Intervent* 1996;11(1):3-18.
- Bourgeois S, Vézina J. L'extinction pour diminuer la fréquence des comportements agressifs d'une personne âgée souffrant de démence en milieu d'hébergement et de soins. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* 1998;2:1-5.
- Boustani M, Zimmerman S, Williams CS, Gruber-Baldini AL, Watson L, Reed PS, et al. Characteristics associated with behavioral symptoms related to dementia in long term care residents. *Gerontologist* 2005;45:56-61.
- British Columbia Ministry of Health. Guidelines for Best Practices in Elderly Mental Health Care in British Columbia. Victoria (BC): British Columbia Ministry of Health; 2002.
- Brodsky H, Draper BM, Low LF. Behavioural and psychological symptoms of dementia: a 7-tiered model of service delivery. *Med J Aust* 2003a;178(5) 231-234.
- Brodsky H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003b;64:134-43.
- Brooker D, Duce L. Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging Ment Health* 2000;4:354-8.
- Brooker DJ, Snape M, Johnson E, Ward D, Payne M. Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. *Br J Clin Psychol* 1997;36:287-96.
- Brown MA. Agitation in dementia residents: the effects of caregivers' behaviors. [Unpublished master's thesis]. Toronto (ON): University of Toronto; 1995.
- Buettner LL, Fitzsimmons S. AD-venture program: therapeutic biking for the treatment of depression in long term care residents with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2002;17:121-7.
- Burgener SC, Jirovec M, Murrell L, Barton D. Caregiver and environmental variables related to difficult behaviors in institutionalized, demented elderly persons. *J Gerontol* 1992;47(4):242-9.
- Burgio LD, Allen-Burge R, Roth DL, Bourgeois MS, Dijkstra K, Gerstle J, et al. Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *Gerontologist* 2001;41(4):449-60.
- Burgio LD, Fisher SE, Fairchild JK, Scilley K, Hardin JM. Quality of care in the nursing home: effects of staff assignment and work shift. *Gerontologist* 2004;44:368-77.

Burgio L, Scilley K, Hardin JM, Hsu C, Yancey J. Environmental "white noise": an intervention for verbally agitated nursing home residents. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996;51:364-73.

Burrows AB, Salzman C, Satlin A, Noble K, Pollock BG, Gersh T. A randomized, placebo-controlled trial of paroxetine in nursing home residents with non-major depression. *Depress Anxiety*. 2002;15(3):102-10.

Byers JF. Holistic acute care units: partnerships to meet the needs of the chronically ill and their families. *AACN Clin Issues* 1997;8(2):271-9.

Camberg L, Woods P, Ooi WL, Hurley AC, Volicer L, Ashley J, et al. Evaluation of simulated presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:446-52.

Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS). First Ministers' Accord on sustaining and renewing health care for Canadians [News Release]. Toronto (ON): CICS; 2003 Jan 23. Disponible à : http://www.scics.gc.ca/cinfo03/850089004_e.html.

Canadian Psychiatric Association (CPA), Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 2001;46(Suppl 1):1-91S.

Carpenter B, Ruckdeschel K, Ruckdeschel H, van Haitsma K. R-E-M psychotherapy: a manualized approach for long term care residents with depression and dementia. *Clin Gerontol* 2002;25:25-49.

Carson S, McDonagh MS, Peterson K. A systematic review of the efficacy and safety of atypical antipsychotics in patients with psychological and behavioral symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Feb;54(2):354-61.

Centres for Medicare and Medicaid Services. Appropriateness of minimum staffing ratios in nursing homes: Report to Congress, Phase 1 & 2. Baltimore (MD): Author; 2001.

Chitsey AM, Haight BK, Faan, Jones MM. Snoezelen: a multi-sensory environmental intervention. *J Gerontol Nurs* 2002;28:41-9.

Christensen DB, Benfield WR. Alprazolam as an alternative to low-dose haloperidol in older, cognitively impaired nursing facility patients. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(5):620-5.

Chung JCC, Lai CKY. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (4):CD003152.

Churchill M, Safaoui J, McCabe BW, Baun MM. Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1999;37:16-22.

Clark ME, Lipe AW, Bilbrey M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *J Gerontol Nurs* 1998; 24(7):10-7.

Coalition canadienne par la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée - Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide. Toronto (ON): CCSMPA; 2006. Disponible à : www.ccsmh.ca

Coalition canadienne par la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée - Évaluation et prise en charge de la dépression. Toronto (ON): CCSMPA; 2006. Disponible à : www.ccsmh.ca

Coalition canadienne par la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée - Évaluation et prise en charge du délirium. Toronto (ON): CCSMPA; 2006. Disponible à : www.ccsmh.ca

Coccaro EF, Kramer E, Zemishlany Z, Thorne A, Rice CM 3rd, Giordani B, et al. Pharmacologic treatment of noncognitive behavioral disturbances in elderly demented patients. *Am J Psychiatry* 1990;147(12):1640-5.

Cohen-Mansfield J. Nonpharmacological interventions for persons with dementia. *Alzheim Care Q* 2005;6(2):129-45.

Cohen-Mansfield J. Nonpharmacological interventions for Inappropriate behaviors in dementia: a review, summary and critique. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(4):361-80.

Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 1986;34(10):711-21.

Cohen-Mansfield J, Lipson S, Werner P, Billig N, Taylor L, Woosley R. Withdrawal of haloperidol, thioridazine, and lorazepam in the nursing home: a controlled, double-blind study. *Arch Intern Med* 1999;159(15):1733-40.

Cohen-Mansfield J, Werner P. The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *Gerontologist* 1998;38(2):199-208.

Cohen-Mansfield J, Werner P. Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997;52:369-77.

Commission on the Future of Health Care in Canada. Building on values: the future of health care in Canada. Ottawa (Ontario); 2002. Disponible à : http://www.hcsc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_Final_Report.pdf

Conn DK, Ferguson I, Mandelman K, Ward C. Psychotropic drug utilization in long term-care facilities for the elderly in Ontario, Canada. *Int Psychogeriatr* 1999;11(3):223-33.

- Conn DK, Lee V, Steingart A, Silberfeld M. Psychiatric Services: A survey of nursing homes and homes for the aged in Ontario. *Can J Psychiatry* 1992;37:525-30.
- Conn DK, Silver I. The psychiatrist's role in long term care: results of a Canadian Academy of Geriatric Psychiatry survey. *Can Nurs Home* 1998;9:22-4.
- Conn DK, Herrmann N, Kaye A, Rewilak D, Schogt B, editors. *Practical psychiatry in the long term care facility: a handbook for staff*. Toronto (ON): Hogrefe and Huber; 2001. Cooper AJ. Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *J Clin Psychiatry* 1987;48(9):368-70.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44(12):2308-14.
- Dalton JM. Development and testing of the theory of collaborative decision-making in nursing practice for triads. *J Adv Nurs* 2003;41(1):22-33.
- Dawson P, Wells DL, Kline K. *Enhancing the abilities of persons with Alzheimer's and related dementias: a nursing perspective*. New York: Springer Publishing Co; 1993.
- Dawson P, Wells DL, Reid D, Sidani S. An abilities assessment instrument for elderly persons with cognitive impairment: psychometric properties and clinical utility. *J Nurs Meas* 1998;6(1):35-54.
- Day K, Cameron D, Strump C. The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of empirical research. *Gerontologist* 2000;40(4): 397-416
- De Deyn PP, Carrasco MM, Deberdt W, Jeandel C, Hay DP, Feldman PD et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of psychosis with or without associated behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Feb;19(2):115-26.
- De Deyn PP, Rabheru K, Rasmussen A, Bocksberger JP, Dautzenberg PL, Eriksson S, et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999;53(5):946-55
- Devand DP, Brockington CD, Moody BJ. Behavioural syndromes in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 1992;4:161-84.
- DeYoung S, Just G, Harrison R. Decreasing aggressive, agitated, or disruptive behavior: participation in a behavior management unit. *J Gerontol Nurs* 2002;28:22-31.
- Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56(9):1154-66.
- Drance E. Brief to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Vancouver, BC; June 2005: p. 2.
- Draper B. The effectiveness of old age psychiatry services. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(8):687-703.
- Espinoza RT. Electroconvulsive therapy in the long term care setting: an overview of controversies in practice. *J Am Med Dir Assoc* 2004;5(2 Suppl):S53-8.
- Ferguson-Paré M, Mitchell G, Perkin, K, Stevenson L. Academy of Canadian Executive Nurses' Leadership background paper on leadership. *CJNL* 2002;15(3):4-8.
- Finkel SI, Lyons JS, Anderson RL. A brief agitation rating scale (BARS) for nursing home elderly. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41(1):50-2.
- Fitzsimmons S. Easy rider wheelchair biking: a nursing recreation therapy clinical trial for the treatment of depression. *J Gerontol Nurs* 2001;21:14-23.
- Flint AJ, Rifat SL. The treatment of psychotic depression in later life: a comparison of pharmacotherapy and ECT. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13(1):23-8.
- Forbes D, Morgan DG, Bangma J, Pecoock S, Pelletier N, Adamson J. Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia. *Cochrane Databases Syst Rev* 2004; (2):CD003946.
- Frazier-Rios D, Zembrzuski C. Communication difficulties: assessment and interventions. In: Boltz M, editor. *Try this dementia series* 2004;1(7). Disponible à from The Hartford Institute for Geriatr Nurs, Division of Nursing, New York University: www.hartfordign.org
- Friedman JH, Factor SA. Atypical antipsychotics in the treatment of drug-induced psychosis in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2000;15(2):201-11.
- Futrell M, Melillo KD. Evidence-based protocol: Wandering. The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre: Research Dissemination Core; 2002. Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3250&nbr=002476&string=002476
- Gerdner L. Evidence-based protocol: Individualized music. The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre: Research Dissemination Core; 2001. Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3073&nbr=002299&string=002299

- Gerdner LA. The effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr* 2000;12:49-65.
- Gibson MC, Bol N. Behaviour Therapy for Long term care. *Can Nurs Home* 1996;7(11):16-20.
- Gibson MC, Bol N, Gray JA, Nielsen K, MacLean J. The art and science of a behavioural approach to care. *Perspectives* 1999;23(4):2-8.
- Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW. Cognitive, affective, and behavioural effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *Int J Aging Hum Dev* 1987;25:209-22.
- Gormley N, Lyons D, Howard R. Behavioural management of aggression in dementia: a randomized controlled trial. *Age Aging* 2001;30:141-5.
- Government of Canada. Edited Hansard, Number 110. 38th Parliament, 1st Session. 2005, June 7th; Disponible à : http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/chambus/house/debates/110_2005-06-07/HAN110-E.htm
- Grade C, Redford B, Chrostowski J, Toussaint L, Blackwell B. Methylphenidate in early poststroke recovery: a doubleblind, placebo-controlled study. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79(9):1047-50.
- Haight BK, Michel Y, Hendrix S. Life review: preventing despair in newly relocated nursing home residents: short and long term effects. *Int J Aging Hum Dev* 1998;47:119-42.
- Hall GR, Buckwalter KC. Whole disease care planning: fitting the program to the client with Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs* 1991;17(3):38-41.
- Hall L, Hare J. Video Respite for cognitively impaired persons in nursing homes. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 1997;12:117-21.
- Health and Welfare Canada. Mental health for Canadians: Striking a balance. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1988.
- Health Canada. Best practices: treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Ottawa (ON): Minister of Health; 2002. Health Canada. Canada's Seniors. Ottawa (ON): Division of Health and Aging; 1999. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/1999/pdf/entire_e.pdf
- Heard K, Watson TS. Reducing wandering by persons with dementia using differential reinforcement. *JABA* 1999;32:381-4.
- Hemels ME, Lanctot KL, Iskedjian M, Einarson TR. Clinical and economic factors in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Drugs Aging*. 2001;18(7):527-50.
- Hillman J, Skoloda TE, Angelini F, Stricker G. The moderating effect of aggressive problem behaviors in the generation of more positive attitudes toward nursing home residents. *Aging Ment Health* 2001;5(3):282-8.
- Hincliffe AC, Hyman IL, Blizard B, Livingston G. Behavioural complications of dementia-can they be treated? *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;10:839-47.
- Hinrichsen GA. Interpersonal psychotherapy for late-life depression. In: M. Duffy M, editor. *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York: Wiley; 1999. p.47-486
- Holmberg SK. Evaluation of a clinical intervention for wanderers on a Geriatr Nurs unit. *Arch Psychiatr Nurs* 1997;11(1):21-8.
- Holmes C, Hopkins V, Hensford C, MacLaughlin V, Wilkinson D, Rosenvinge H. Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:305-8.
- Houde D. Psychogeriatric services planning project. Greater Vancouver Regional District Vital Planning and Development, I - 73. Vancouver (BC); 1996.
- Hussian RA. Modifications of behaviours in dementia via stimulus manipulation. *Clin Gerontol* 1988;8:37-43.
- Hussian RA. A combination of operant and cognitive therapy with geriatric patients. *Int J Behav Geriatr* 1983;1:57-60.
- Hussian RA, Lawrence M. Social reinforcement and problem solving training in the treatment of depressed institutionalized elderly patients. *Cognit Ther Res* 1981;5:57-69.
- Hyer L, Carpenter B, Bishman D, Ho-Shyuan W. Depression in long term care. *Clin Psycho Sci Prac* 2005;12:280-99.
- Hyer L, Sohnle S, Mehan D, Regan A. Use of positive core memories in LTC: a review. *Clin Gerontol* 2002;25:51-90.
- interRAI [homepage on the Internet]. 2006. Disponible à from: www.interRAI.org
- Jones ED. Reminiscence therapy for older women with depression: effects of nursing intervention classification in assisted-living long term care. *J Gerontol Nurs* 2003;29:26-33.
- Kane RL, Flood S, Keckchafer G, Beshadsky B, Lum YS. Nursing home residents covered by Medicare risk contracts: early findings from the Evercare evaluation project. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:719-27.

- Kasl-Godley J, Gatz M. Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clin Psychol Rev* 2000;6:755-82.
- Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano J, Brecher M. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial: Risperidone study group. *J Clin Psychiatry* 1999;60:107-15.
- Katz IR, Leshner E, Kleban M, Jethanandani V, Parmelee P. Clinical features of depression in the nursing home. *Int Psychogeriatr* 1989;1(1):5-15.
- Katz IR, Simpson GM, Curlik SM, Parmelee PA, Muhly C. Pharmacologic treatment of major depression for elderly patients in residential care settings. *J Clin Psychiatry* 1990;51:41-7; discussion 48.
- Kelley LS, Specht P, Maas ML, Titler MG. Family involvement in care for persons with dementia. Iowa City (IA): The University of Iowa Gerontological Nursing Intervention Research Centre, National Institute of Nursing Research; 1999. Disponible à : <http://www.nursing.uiowa.edu/quir>
- Kim EJ, Buschmann MT. The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *Int J Nurs Stud* 1999;36:235-43.
- Koder DA, Brodaty H, Anstey KJ. Cognitive therapy for depression in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:97-107.
- Koehler M, Rabinowitz T, Hirdes J, Stones M, Carpenter GI, Fries BE, et al. Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study. *BMC Geriatr* 2005;5(1):1.
- Koss E, Gilmore GC. Environmental interventions and functional ability of AD patients. In: Vellas B, Fitten LS, editors. *Research and practice in Alzheimer's disease*. New York (NY): Springer Publishing; 1998. p.185-192.
- Kovach CR, Meyer-Arnold EA. Preventing agitated behaviors during bath time. *Geriatr Nurs* 1997;18:112-4.
- Kovach CR, Schlidt AM. The agitation-activity interface of people with dementia in long term care. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2001;16(4):240-6.
- Kovach CR, Taneli Y, Dohearty P, Schlidt AM, Cashier S, Silva-Smith AL. Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia. *Gerontologist* 2004;44(6):797-806.
- Kovach CR, Wells T. Pacing of activity as a predictor of agitation for persons with dementia in acute care. *J Gerontol Nurs* 2002;28(1):28-35.
- Landreville P, Bordes M, Dicaire L, Verreault R. Behavioral approaches for reducing agitation in residents of long term care facilities: critical review and suggestions for future research. *Int Psychogeriatr* 1998;10:397-419.
- Lazowski DA, Ecclestone NA, Myers AM, Paterson DH, Tudor-Locke C, Fitzgerald C, et al. A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long term care institutions. *J Gerontol Biol Med Sci* 1999;54A:M621-8.
- Lebert F, Stekke W, Hasenbroekx C, Pasquier F. Frontotemporal dementia: a randomised, controlled trial with trazodone. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17(4):355-9.
- LeClerc CM, Sidani S, Wells DL, MacDonald G, Rivera T, Saunders S. Clinical utility of the feeding abilities assessment. *Alzheim Care Q* 2004;5(2):134-43.
- Ledoux E, Bigaoutte M, Taillefer D. Preventing aggressive and disruptive behavior in residential care facilities. *ADQ* 2000;2(1):27-34.
- Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP, Rochon PA. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ* 2004;329(7457):75.
- Levitsky AM, Owens NJ. Pharmacologic treatment of hypersexuality and paraphilias in nursing home residents. Review. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(2):231-4.
- Libin A, Cohen-Mansfield J. Therapeutic robot for nursing home residents with dementia: preliminary inquiry. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2004;19:111-6.
- Lichtenberg PA. *Mental health practice in geriatric health care settings*. Binghamton (NY): Haworth Press; 1998.
- Lo T, Bhanji NH. Beyond sad mood: alternate presentations of major depression in late life. *Geriatrics Aging* 2005;8(8):12-9.
- Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN, editors. *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington D.C.: National Academy Press; 1992.
- Lovell BB, Ancoli-Israel S, Gevirtz R. Effect of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects. *Psychiatry Res* 1995;29:7-12.
- Lundervold DA, Lewin LM. *Behaviour analysis and therapy in nursing homes*. Springfield (IL): Charles C Thomas Publishers; 1992.
- MacCourt P. Brief to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Vancouver, BC; June 2005: p. 4.

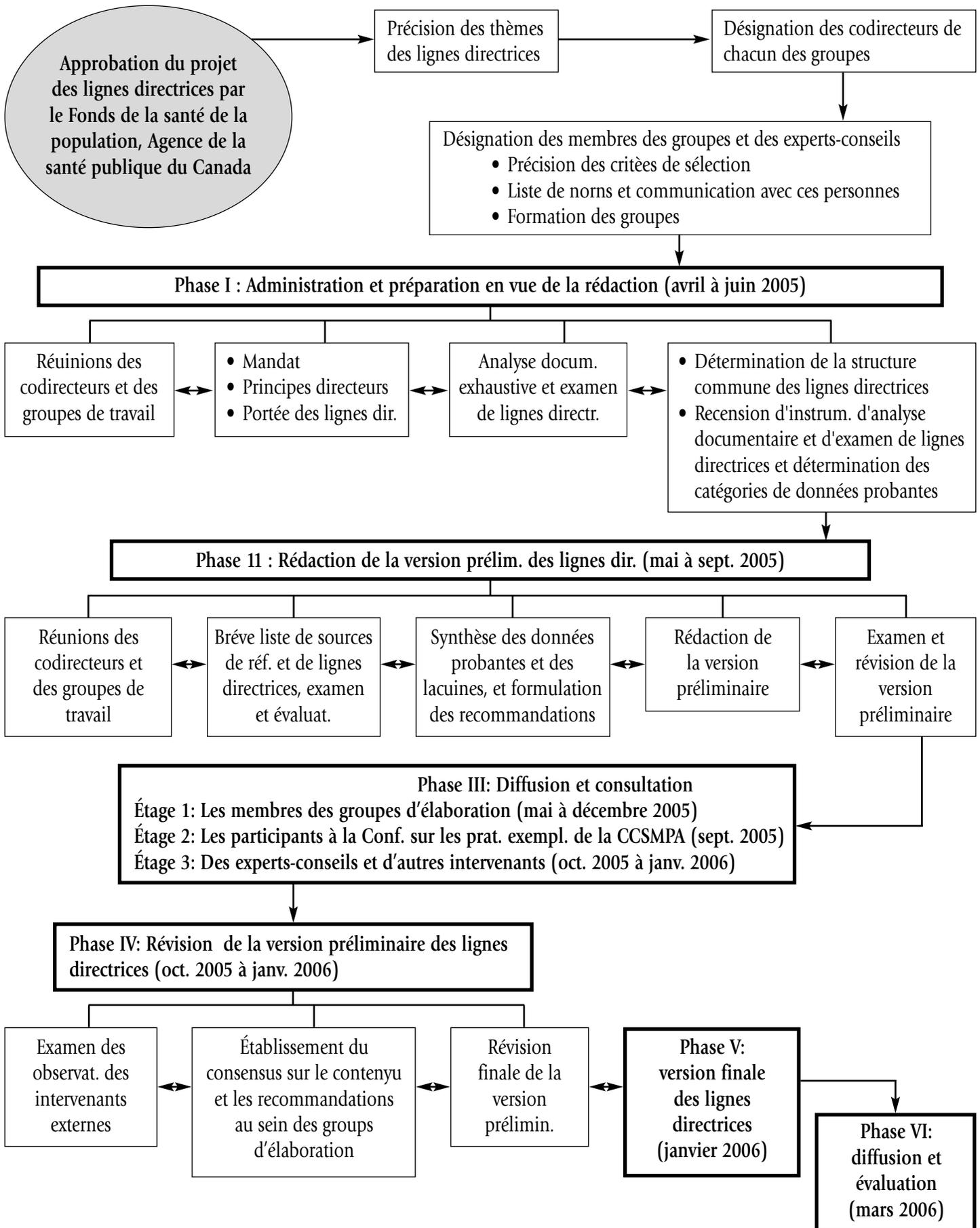
- Magai C, Kennedy G, Cohen CI, Gomberg D. A controlled clinical trial of sertraline in the treatment of depression in nursing home patients with late-stage Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8(1):66-74.
- Matthews EA, Farrell GA, Blackmore AM. Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *J Adv Nurs* 1996; 24(3):439-47.
- McCallion P, Toseland RW, Lacey D, Banks S. Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist* 1999;39:546-58.
- McCurren C, Dowe D, Rattle D, Looney S. Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. *Appl Nurs Res* 1999;12(4):185-95.
- McCusker J, Cole M, Dendukuri N, Han L, Belzile E. The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study. *J Gen Intern Med* 2003;18(9):696-704(9).
- McGilton K. Relating well to persons with dementia: a variable influencing staffing and quality of care outcomes. *Alzheim Care Q* 2004;5(1):71-80.
- McGilton KS, Mowat J, Parnell L, Lever J, Perivolaris A. A model of care for excellence in dementia care. Submitted to *Alzheim Care Q*; 2006.
- McGilton K, McGillis Hall L, Pringle D, O'Brien-Pallas L, Krejck J. Identifying and testing factors that influence supervisor's abilities to develop supportive relationships with their staff. Ottawa (ON): Canadian Health Services Research Foundation; 2004. Disponible à : http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/mcgilton_final.pdf
- McGonigal-Kenney ML, Schutte DL. Non-pharmacological management of agitated behaviours in persons with Alzheimer's disease and other chronic dementing conditions. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological
- Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2004. Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6221&nbr=003992&string=003992
- McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R, et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 2000;356:2031-6
- Meehan KM, Wang H, David SR, Nisivoccia JR, Jones B, Beasley CM Jr et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology* 2002;26(4):494-504.
- Mickus M, Luz C, Hogan A. Rationing long term care: Michigan's home and community based waiver program. *Informing the Debate: Health Policy Options for Michigan Policymakers*. Lansing (MI): Michigan State University; 2002.
- Molloy WD, Darzins P, Strang D. Capacity to decide. Troy (Canada): Newgrange Press; 1999.
- Morgante L, Epifanio A, Spina E, Zappia M, Di Rosa AE, Marconi R et al. Quetiapine and clozapine in parkinsonian patients with dopaminergic psychosis. *Clin Neuropharmacol* 2004;27(4):153-6.
- Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cazzato G, Bava A. Frontotemporal dementia: paroxetine as a possible treatment of behavior symptoms. A randomized, controlled, open 14-month study. *Eur Neurol* 2003;49(1):13-9.
- Morris JN, Hawes C, Murphy K, Nonemaker S. Long term care resident assessment instrument user's manual version 2.0. Baltimore (MD): Health Care Financing Administration; 1995.
- Morriss RK, Rovner BW, Folstein MF, German PS. Delusions in newly admitted residents of nursing homes. *Am J Psychiatry* 1990;147(3):299-302.
- National Advisory Committee on Health and Disability. Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professional. New Zealand: New Zealand Guidelines Group; 1996.
- National Advisory Council on Aging. 1999 and beyond: challenges of an aging Canadian society. Ottawa (ON): National Advisory Council on Aging; 1999.
- Neal M, Briggs M. Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3):CD001394.
- Niederehe G. Developing psychosocial interventions for depression in dementia: beginnings and future directions. *Clin Psychol Sci Pract* 2005;12:317-20.
- Nyth AL, Gottfries CG, Lyby K, Smedegaard-Andersen L, Gylding-Sabroe J, Kristensen M, et al. A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86(2):138-45.
- Olin JT, Fox LS, Pawluczyk S, Taggart NA, Schneider LS. A pilot randomized trial of carbamazepine for behavioral symptoms in treatment-resistant outpatients with Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:400-5.
- Oslin DW, Ten Have TR, Streim JE, Datto CJ, Weintraub D, DiFilippo S, et al. Probing the safety of medications in the frail elderly: evidence from a randomized clinical trial of sertraline and venlafaxine in depressed nursing home residents. *J Clin Psychiatry* 2003;64(8):875-82.

- Opie J, Doyle C, O'Connor DW. Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:6-13.
- Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *CMAJ* 1999;160(12 Suppl):S1-15.
- Pollock BG, Mulsant BH, Rosen J, Sweet RA, Mazumdar S, Bharucha A, et al. Comparison of citalopram, perphenazine, and placebo for the acute treatment of psychosis and behavioral disturbances in hospitalized, demented patients. *Am J Psychiatry* 2002;159(3):460-5.
- Porsteinsson AP, Tariot PN, Erb R, Cox C, Smith E, Jakimovich L et al. Placebo-controlled study of divalproex sodium for agitation in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(1):58-66.
- Proctor R, Burns A, Powell HS, Tarrier N, Faragher B, Richardson G, et al. Behavioral management in nursing and residential homes: a randomized controlled trial. *Lancet* 1999;354:26-9.
- Qizilbash N, Schneider L, Chui H, Tariot P, Brodaty H, Kaye J, et al., editors. Evidence-based dementia: a practical guide to diagnosis and management. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002.
- Quinn JF. Therapeutic touch as energy exchange: testing the theory. *Adv Nurs Sci* 1984;6:42-9.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1:385-401.
- Ransom S. Eden alternative: the Texas project. San Marcos (TX): Southwest Texas State University: College Health Professions; 2000. p. 1 - 102.
- Rapp CG, Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium. Research-based protocol: acute confusion/delirium. Iowa City (IA): The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core; 1998.
- Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987;48 (Suppl):9-15.
- Rewilak D. Behaviour management strategies: an update. In: Conn DK, Herrmann N, Kaye A, Rewilak D, Robinson A, Schogt B, editors (2nd ed). *Practical psychiatry in the long term care facility: a handbook for staff*. Toronto (ON): Hogrefe and Huber; 2001.
- Reynolds CE, Perel JM, Frank E, Cornes C, Miller MD, Houck PR, et al. Three-year outcomes of maintenance nortriptyline treatment in late-life depression: a study of two fixed plasma levels. *Am J Psychiatry* 1999;156:1177-81.
- Roberts S, Durnbaugh T. Enhancing nutrition and eating skills in long term care. *Alzheim Care Q* 2002;3(4):316-29.
- Rogers JC, Holm MB, Burgio LD, Granieri E, Hsu C, Hardin JM. Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(9):1049-56.
- Roose SP, Nelson JC, Salzman C, Hollander SB, Rodrigues H; Mirtazapine in the Nursing Home Study Group. Open-label study of mirtazapine orally disintegrating tablets in depressed patients in the nursing home. *Curr Med Res Opin*. 2003;19(8):737-46.
- Rosen J, Burgio L, Kollar M. The Pittsburg agitation scale: a userfriendly instrument for rating agitation in dementia patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1994;2:52-9.
- Rosen J, Rogers JC, Marin RS, Mulsant BH, Shahar A, Reynolds CR 3rd. Control-relevant intervention in the treatment of minor and major depression in a long term care facility. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997;5:247-57.
- Roth M, Mountjoy CQ, Amrein R. Moclobemide in elderly patients with cognitive decline and depression: an international double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 1996;168(2):149-57.
- Rovner BW, German PS, Broadhead J, Morriss RK, Brant LJ, Blaustein J, et al. The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. *Int Psychogeriatr* 1990;2(1):13-24.
- Ryden MB, Snyder M, Gross CR, Savik K, Pearson V, Krichbaum K, et al. Value added outcomes: the use of advanced practice nurses in long term care facilities. *Gerontologist* 2000; 40(6):654-62.
- Scanland SG, Emershaw EL. Reality orientation and validation therapy: dementia, depression, and functional status. *J Gerontol Nurs* 1993;19:7-11.
- Schindel Martin L. Developing a C.R.A.F.T. approach to resident bathing. *Can Nurs Home* 1998;9(2):4-8. As cited in: Thiru-Chelvam B. Bathing persons with dementia. Iowa City (IA): The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core; 2004.
- Schindler SD, Graf A, Fischer P, Tolk A, Kasper S. Paranoid delusions and hallucinations and bright light therapy in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:1071-2.

- Schneider NM, Camp CJ. Use of Montessori-based activities by visitors of nursing home residents with dementia. *Clin Gerontol* 2002;26(1/2):71-84.
- Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA*. 2005;294(15):1934-43.
- Schnelle JF. Long term care workforce and quality. *Alzheim Care Q* 2004;5(1):1-2.
- Scholey KA, Woods BT. A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes. *Clin Psychol Psychother* 2003;10:175-85.
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ* 1999;318:593-6.
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA*. 2005, 293(5):596-608.
- Slone DG, Gleason CE. Behavior management planning for problem behaviors in dementia: a practical model. *Prof Psychol Res Pr* 1999;30:27-36.
- Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J, et al. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(11):1795-1804.
- Small JA, Gutman G, Makela S, Hillhouse B. Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimer's Disease during activities of daily living. *J Speech Lang Hear Res* 2003;46(2):353-67.
- Snowdon J. Mental health in nursing homes: perspectives on the use of medication. *Drugs Aging* 993;3:122-30.
- Snowden M, Sato K, Roy-Byrne P. Assessment and treatment of nursing home residents with depression and behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1305-17.
- Snyder M, Egan EC, Burns KR. Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *J Gerontol Nurs* 1995;21:34-40.
- Snyder M, Olsen J. Music and hand massage interventions to produce relaxation and reduce aggressive behaviors in cognitively impaired elders: a pilot study. *Clin Gerontol* 1996;17:646-9.
- Street JS, Clark WS, Gannon KS, Cummings JL, Bymaster FP, Tamura RN, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(10):968-76.
- Sultzer DL, Gray KF, Gunay I, Berisford MA, Mahler ME. A double-blind comparison of trazodone and haloperidol for treatment of agitation in patients with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997;5(1):60-9.
- Tappen RM, Roach KE, Applegate EB, Stowell P. Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2000;14(4):196-201.
- Tariot PN, Blazina L. The psychopathology of dementia. In: Morris JC, editor. *Handbook of dementing illnesses*. New York: Marcel Dekker; 1994. p. 461-75.
- Tariot PN, Erb R, Podgorski CA, Cox C, Patel S, Jakimovich L, et al. Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *Am J Psychiatry* 1998;155:54-61.
- Tariot PN, Raman R, Jakimovich L, Schneider L, Porsteinsson A, Thomas R, et al. Alzheimer's Disease Cooperative Study. Valproate Nursing Home Study Group. Divalproex sodium in nursing home residents with possible or probable Alzheimer Disease complicated by agitation: a randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(11):942-9.
- Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, et al. Exercise plus behavior management in patients with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2015-22.
- Teri L, Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE, et al. Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology* 2000; 55:1271-8.
- Teri L, McKenzie G, La Fazia D. Psychosocial treatment of depression in older adults with dementia. *Clin Psychol Sci Pract* 2005;12:303-16.
- Teresi JA, Holmes D, Ory MG. The therapeutic design of environments for people with dementia: further reflections and recent findings for the National Institute on Aging Collaborative Studies of Dementia Special Care Units. *Gerontologist* 2000;40(4):417-21.
- Tilly J, Reed P. Evidence on interventions to improve quality of care for residents with dementia in nursing and assisted living facilities. Chicago (IL): The Alzheimer's Association; 2004. Disponible à : www.alz.org/health/care/dcpr/asp

- Thiru-Chelvam B. Bathing persons with dementia. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2004 Disponible à : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6220&nbr=003991&string=003991
- Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D, Sommer BR, Koin D. Comparison of desipramine and cognitive/behavioural therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9:225-40.
- Toulotte C, Fabre C, Dangremont B, Lensele G, Thevenon A. Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2003;32(1):67-73.
- Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *JAMA* 2003;289(2):210-6.
- University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center. Wheelchair biking for the treatment of depression. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2003.
- U. S. Food and Drug Administration. FDA public health advisory: deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. April 2005. Disponible à : <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/antipsychotics.htm>
- U.S. National Center for Health Statistics. The national nursing home survey: 1995. Advance data No. 289. Hyattsville (MD): U.S. National Center for Health Statistics; 1997.
- van Iersel MB, Zuidema SU, Koopmans RT, Verhey FR, Olde Rikkert MG. Antipsychotics for behavioural and psychological problems in elderly people with dementia: a systematic review of adverse events. *Drugs Aging*. 2005;22(10):845-58.Review.
- van Reekum R, Clarke D, Conn D, Herrmann N, Eryavec G, Cohen T et al. A randomized, placebo-controlled trial of the discontinuation of long term antipsychotics in dementia. *Int Psychogeriatr* 2002;14(2):197-210.
- Verma SD, Davidoff DA, Kambhampati KK. Management of the agitated elderly patient in the nursing home: the role of the atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 19):50-5.
- Vink AC, Birks JC, Bruinsma MS, Scholten RJS. Music therapy for people with dementia. *The Cochrane Database of Syst Rev* 2003; (4): CD003477.
- Wang J. The comparative effectiveness among institutionalized and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. *J Nurs Res* 2004; 12:237-44.
- Waters E. Let's not wait till it's broke: interventions to maintain and enhance mental health in late life. In: Gatz M, editor. *Emerging Issues in mental health and aging*. Washington: American Psychological Association; 1995
- Watson R. Feeding patients who are demented. *Nurs Stand* 1989;4(44):28-30.
- Weintraub D, Streim JE, Datto CJ, Katz IR, DiFilippo SD, Oslin DW. Effect of increasing the dose and duration of sertraline trial in the treatment of depressed nursing home residents. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2003;16(2):109-11.
- Weintraub D, Katz IR. Pharmacologic interventions for psychosis and agitation in neurodegenerative diseases: evidence about efficacy and safety. *Psychiatr Clin N Am* 2005;28:941-83.
- Wells DL, Dawson P. Description of retained abilities in older persons with dementia. *Res Nurs Health* 2000;23:158-66.
- Werner P, Cohen-Mansfield J, Fischer J, Segal G. Characterization of family generated videotapes for the management of verbally disruptive behaviors. *J Appl Gerontol* 2000;19:42-57.
- Williams-Burgess C, Ugarriza D, Gabbai M. Agitation in older persons with dementia: a research synthesis. *Online J Knowl Synth Nurs*. 1996;3:1-24.
- Woods DL, Dimond M. The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Biol Res Nurs* 2002;4:104-14.
- Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD001120.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83; 17(1):37-49.

Annexe A : Élaboration des lignes directrices



Annexe B : Principes généraux du traitement médicamenteux

Avorn et Gurwitz (1995) ont précisé certaines questions essentielles à poser avant de prescrire quelque médicament que ce soit en ESLD. Le tableau 1 présente ces questions.

Tableau 1 : Questions à poser avant de prescrire un médicament en ESLD
1. Quel est le problème à traiter ? (Peut-on également préciser l'objectif du traitement ?)
2. Le médicament est-il nécessaire ?
3. Des thérapies non médicamenteuses sont-elles disponibles ?
4. Quelle est la dose minimale efficace ?
5. Est-ce que l'interruption d'un autre médicament pourrait atténuer les symptômes ?
6. Est-ce que la personne âgée est plus vulnérable que l'adulte d'âge moyen aux effets indésirables de ce médicament ?
7. Est-ce que c'est le choix le plus rentable ?
8. En vertu de quels critères et à quels moments les effets du traitement seront-ils évalués ?

Des études démontrent que les motifs de prescription des médicaments en ESLD sont rarement documentés. Il importe de préciser et de documenter le problème sous traitement, d'indiquer clairement les objectifs thérapeutiques, d'étudier des solutions de rechange aux médicaments, d'examiner les effets indésirables et les interactions potentielles, et, avant toute chose, de déterminer les critères et les moments d'évaluation des effets du traitement. Beers (1991) a rassemblé un groupe d'experts américains dans le but d'établir un consensus sur la définition de l'usage inapproprié des médicaments en ESLD. En appliquant les critères ainsi déterminés, l'auteur constate que plus de 40 % des résidents d'un groupe d'ESLD en Californie avaient eu au moins une ordonnance inappropriée.

La plupart des études révèlent que de 50 % à 75 % des résidents en ESLD se sont vu prescrire au moins un psychotrope. Le mode et le taux d'utilisation de ces médicaments varient grandement d'un établissement à un autre et d'un pays à un autre. Snowdon (1993) souligne les éléments à l'origine de cette variabilité, à savoir la prévalence et la gravité des troubles, le niveau d'incapacité physique, les habitudes de prescription des médecins, l'intervention du pharmacien, le nombre d'in-

tervenants non qualifiés, la taille et la structure de l'établissement, le financement et le type d'établissements, la situation socioéconomique des résidents et les lignes directrices concernant l'admission. La prescription de psychotropes soulève des préoccupations qui ont trait à l'absence d'un diagnostic documenté, le fait que ce sont les caractéristiques du médecin, non pas celles du patient, qui sont reliées à la posologie du médicament, l'accès quasi inexistant à la consultation en santé mentale en ESLD et le risque élevé de complications, telles les chutes, les fractures et les troubles moteurs. La surconsommation d'antipsychotiques et de benzodiazépines est particulièrement préoccupante.

Avant de prescrire un psychotrope, il est de la toute première importance d'éliminer la possibilité d'une maladie physique aiguë, comme une infection, et d'étudier le diagnostic différentiel, notamment le traitement médicamenteux et la prise en charge d'affections physiques chroniques concomitantes qui pourraient altérer l'humeur ou le comportement. Il est également essentiel de connaître la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des médicaments chez la personne âgée.

Voici les " Lignes directrices sur l'administration de psychotropes à la personne âgée " (1995) de l'American Society of Consultant Pharmacists (ASCP) :

1. La personne âgée est évaluée pour détecter la présence de troubles affectifs, cognitifs ou mentaux.
2. La personne âgée qui présente des symptômes d'un trouble mental est soumise à une évaluation approfondie par un professionnel de la santé qualifié.
3. Les symptômes comportementaux manifestés par une personne âgée sont surveillés, de façon objective et quantitative, par les prestataires de soins ou le personnel de l'établissement, et documentés continuellement. Dans la mesure du possible, les symptômes psychologiques sont surveillés de la même manière.
4. Quand les comportements problématiques ne constituent pas un grave danger immédiat pour le patient ou autrui, la stratégie de prise en charge initiale est axée sur des modifications du milieu, des interventions comportementales, la psychothérapie ou d'autres interventions non médicamenteuses.
5. Quand le traitement médicamenteux est indiqué, sélectionner le psychotrope approprié en évaluant minutieusement l'efficacité pratique du médicament et le risque d'effets indésirables.
6. Instaurer le traitement médicamenteux à la dose la plus basse possible et augmenter celle-ci progressivement.
7. Surveiller la réponse thérapeutique et les réactions indésirables au médicament.
8. Le traitement psychotrope est réévalué à intervalles réguliers afin de déterminer la nécessité de poursuivre le traitement, de modifier la dose ou de changer le médicament.

